



CONTABILIDADE, CONTROLO DE GESTÃO E GESTÃO NOS HOSPITAIS
PORTUGUESES: DICOTOMIA PÚBLICO *VERSUS* PRIVADO

Sandra Raquel Pinto Alves

Porto

2012

Doutoramento em Ciências Empresariais

TESE DE DOUTORAMENTO

CONTABILIDADE, CONTROLO DE GESTÃO E GESTÃO NOS HOSPITAIS
PORTUGUESES: DICOTOMIA PÚBLICO *VERSUS* PRIVADO

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE ECONOMIA

CANDIDATA: Sandra Raquel Pinto Alves

ORIENTADORES:

Orientador: Professor Doutor Rui José Oliveira Vieira, Amsterdam Business School, University of Amsterdam, Países Baixos e professor convidado I. E. Business School, Madrid, Espanha.

Co-orientador: Professor Doutor João Francisco da Silva Alves Ribeiro, Faculdade de Economia da Universidade do Porto

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Contabilidade e Controlo de Gestão

Dedico esta tese à Aurora, ao Manuel e ao Vitor por serem o meu porto de abrigo incondicional e por me terem transmitido todos os valores em que hoje acredito. Amo-vos do fundo do meu coração.

Também a dedico a ti Humberto, pelo espírito de luta e de confiança. Amo-te muito.

Nota Biográfica:

Sandra Raquel Pinto Alves, também referenciada como Raquel Alves, filha de Manuel Teixeira Alves e de Maria Aurora de Sousa Pinto, natural da freguesia de S. Gonçalo, concelho de Amarante e distrito do Porto, nascida a 22 de Fevereiro de 1977, nacionalidade portuguesa, portadora do Bilhete de Identidade nº 10829534, emitido a 25/06/2007 no Porto e com validade até 25/05/2013, Identificação Fiscal n.º 219615870, é mestre em Contabilidade e Auditoria pela Universidade Aberta e licenciada em Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Actualmente é docente equiparada a assistente na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria. Autora de trabalhos académicos e científicos em diversas formas e áreas, tendo produzido diversa investigação na área da gestão e afins, contemplando Estratégia, Contabilidade e Auditoria, Sistemas de Gestão e Informação, Teoria da Gestão e Organização Empresarial, *Corporate Governance*, ou até Cultura e Educação no Ensino Superior. Submete agora a tese de doutoramento na Faculdade de Economia da Universidade do Porto, com uma investigação intitulada “A contabilidade e a gestão nos hospitais portugueses: Dicotomia público *versus* privado”.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Rui Vieira e ao Professor João Ribeiro pelos comentários construtivos, pela permanente disponibilidade, pela inextinguível motivação que me deram e pela amizade ao longo desta tese.

Agradeço também aos meus verdadeiros amigos: António, Carla, João, Jonh, Julieta, Patrícia, Ricardo e Susana.

Agradeço, ainda, em termos profissionais: ao David Santos, ao Eduardo Batalha, ao João Santos, ao Nuno Reis, à Susana Faria, ao Manuel Portugal e ao José Manuel Silva por me terem amparado nos momentos difíceis.

Finalmente, agradeço aos profissionais entrevistados nos estudos de caso pela sua disponibilidade e simpatia.

Resumo

Esta tese tem como propósito examinar as práticas de contabilidade, gestão e controlo de gestão no sector hospitalar em Portugal. Mais concretamente, pretende aferir quanto à adopção de um conjunto de práticas de contabilidade e gestão, envolvendo diversas vertentes, tais como a inovação organizacional, ou a utilização de sistemas de informação e controlo como via para a obtenção de resultados organizacionais, a nível da eficácia e eficiência, com particular enfoque na dicotomia hospitais públicos *versus* privados.

Geralmente os hospitais são vistos como uma das organizações com maior grau de complexidade quer na sua estrutura, quer na sua administração. Tal complexidade constitui um desafio para esta tese, mas também justifica o interesse na respectiva investigação.

A realização da investigação conta com uma linha macro, representada num inquérito direccionado aos hospitais portugueses, e uma linha micro, concretizada com a realização de dois estudos de caso, compreendendo um hospital privado e um hospital público.

Abstract

This thesis aims to examine the practices of accounting, management and management control in the hospital sector in Portugal. More specifically, intends to assess the adoption of a set of accounting and management practices, involving various aspects such as organizational innovation, or the use of information systems and control as a means to achieve organizational results, through effectiveness and efficiency, also with a particular focus on the public versus private hospitals dichotomy.

Usually hospitals are seen as one of the organizations with a greater degree of complexity both in their structure and administration. This complexity poses a challenge to this thesis, but also justifies the interest in their research.

The completion of the investigation relies on a macro way, represented in a survey directed to Portuguese hospitals, and a micro way, realized with the completion of two case studies, including a private hospital and a public hospital.

ÍNDICE

TABELAS	1
FIGURAS	2
SIGLAS	3
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	5
1.1. INTRODUÇÃO	5
1.2. MOTIVAÇÕES E RELEVÂNCIA DO TEMA DA INVESTIGAÇÃO	6
1.3. COMENTÁRIOS FINAIS	9
CAPÍTULO II: DESENVOLVIMENTOS DA INVESTIGAÇÃO E DAS PRÁTICAS DE CONTABILIDADE E CONTROLO DE GESTÃO	12
2.1. INTRODUÇÃO	12
2.2. CONVULSÃO E EVOLUÇÃO NA CONTABILIDADE E CONTROLO DE GESTÃO	13
2.2.1. <i>Mudança e perda de relevância das práticas convencionais da contabilidade e controlo de gestão</i>	14
2.2.2. <i>Desenvolvimentos e estudo da mudança no domínio da contabilidade e controlo de gestão</i>	19
2.3. PRÁTICAS DA CONTABILIDADE DE GESTÃO NO SECTOR HOSPITALAR	24
2.4. O PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO, A CONTABILIDADE DE GESTÃO E O CONTROLO DE GESTÃO	27
2.5. O DEBATE DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	34
2.6. COMENTÁRIOS FINAIS	39
CAPÍTULO III: ENQUADRAMENTO E GESTÃO DO SECTOR HOSPITALAR	42
3.1. INTRODUÇÃO	42
3.2. ENQUADRAMENTO E RELEVÂNCIA DO SECTOR HOSPITALAR	43
3.3. EVOLUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL	51
3.4. SECTOR HOSPITALAR EM PORTUGAL	55
3.5. PRINCIPAIS DESAFIOS NA GESTÃO DO SECTOR HOSPITALAR EM PORTUGAL	62
3.6. PRINCIPAIS MUDANÇAS INTERNACIONAIS NA GESTÃO DO SECTOR HOSPITALAR	67
3.7. COMENTÁRIOS FINAIS	71
CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	74
4.1. INTRODUÇÃO	74
4.2. ONTOLOGIA	75
4.3. ÂMBITO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	82
4.4. DESENHO DO QUESTIONÁRIO E METODOLOGIA	84
4.5. CONSTRUÇÃO E MÉTRICA DAS VARIÁVEIS	88
4.5.1. <i>Inovação de serviço</i>	88
4.5.2. <i>Autonomia estrutural</i>	90
4.5.3. <i>Política de bónus e formação</i>	91
4.5.4. <i>Sistemas de contabilidade de gestão e controlo orçamental</i>	92
4.5.5. <i>Sistemas de mensuração de desempenho</i>	93
4.5.6. <i>Resultados organizacionais</i>	94
4.6. COMENTÁRIOS FINAIS	94

CAPÍTULO V: DESENVOLVIMENTO DAS HIPÓTESES	96
5.1. INTRODUÇÃO	96
5.2. INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E CONTROLO, DESEMPENHO E RESULTADOS ORGANIZACIONAIS	97
5.3. ESTRATÉGIA COMPETITIVA	99
5.4. AUTONOMIA ESTRUTURAL COMO MEIO DE INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL PARA A OBTENÇÃO DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS	101
5.5. AUTONOMIA E SISTEMAS DE MENSURAÇÃO DO DESEMPENHO	109
5.6. ESTRATÉGIA, AUTONOMIA ESTRUTURAL E SISTEMAS DE MENSURAÇÃO DO DESEMPENHO	112
5.7. AS CONSEQUÊNCIAS PARA OS RESULTADOS ORGANIZACIONAIS DA ÊNFASE ESTRATÉGICA NA INOVAÇÃO	115
5.8. A ADOÇÃO DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO E DE ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS DE DESEMPENHO COMO UMA INOVAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DE RESULTADOS	117
5.9. A INOVAÇÃO AO NÍVEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E CONTROLO PARA A OBTENÇÃO DE RESULTADOS	120
5.10. COMENTÁRIOS FINAIS	126
CAPÍTULO VI: ANÁLISE DOS INQUÉRITOS	128
6.1. INTRODUÇÃO	128
6.2. RECOLHA DOS DADOS E AMOSTRA	129
6.3. ANÁLISE FACTORIAL E AVALIAÇÃO DIMENSIONAL	131
6.3.1. <i>Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural</i>	131
6.3.2. <i>Sistemas de mensuração do desempenho e resultados organizacionais</i>	134
6.3.3. <i>Política de bónus e prémios e política de formação</i>	136
6.3.4. <i>Ênfase estratégica na inovação e utilização de sistemas de gestão e controlo</i>	138
6.3.5. <i>Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e de controlo orçamental</i>	141
6.3.6. <i>Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão e de controlo orçamental</i>	141
6.4. CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS E ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS	142
6.4.1. <i>Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural</i>	143
6.4.2. <i>Sistemas de mensuração do desempenho</i>	145
6.4.3. <i>Resultados organizacionais</i>	146
6.4.4. <i>Política de bónus e prémios</i>	147
6.4.5. <i>Política de formação e possibilidade de ganhos de eficácia</i>	148
6.4.6. <i>Utilização de sistemas de informação/gestão e de controlo orçamental</i>	150
6.4.7. <i>Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo</i>	151
6.4.8. <i>Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e dos sistemas de controlo orçamental</i>	151
6.4.9. <i>Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão e dos sistemas de controlo orçamental</i>	152
6.5. INFERÊNCIA ESTATÍSTICA PARA AS HIPÓTESES A PARTIR DA ANÁLISE BIVARIADA	153
6.5.1. <i>Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural</i>	154
6.5.2. <i>Autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho</i>	155
6.5.3. <i>Ênfase estratégica na inovação de serviço e uso de sistemas de avaliação de desempenho para obtenção de resultados organizacionais</i>	156
6.5.4. <i>Inovação organizacional/serviço e política de bónus</i>	157
6.5.5. <i>Existência de uma política de bónus e prémios e resultados organizacionais (eficiência)</i>	158
6.5.6. <i>Política de bónus e prémios e resultados organizacionais (eficácia)</i>	159
6.5.7. <i>Inovação organizacional/serviço e política de formação</i>	159

6.5.8. Política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia e resultados organizacionais (eficácia)	160
6.5.9. Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de informação/gestão	161
6.5.10. Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e resultados organizacionais	161
6.5.11. Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de controlo orçamental	162
6.5.12. Desempenho dos sistemas de controlo orçamental e resultados organizacionais (eficiência)	163
6.6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	164
6.6.1. Resumo dos resultados obtidos para as hipóteses em estudo	164
6.6.2. Organizações hospitalares públicas versus privadas	166
6.6.3. Organizações hospitalares inovadoras versus conservadoras	168
6.7. COMENTÁRIOS FINAIS	169
CAPÍTULO VII: ESTUDOS DE CASO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: METODOLOGIA DE ANÁLISE E O CASO DE UM HOSPITAL PRIVADO	172
7.1. INTRODUÇÃO	172
7.2. CONTRIBUTOS DE UMA INQUIRição PRELIMINAR, OU UMA PONTE ENTRE O ESTUDO QUANTITATIVO E O QUALITATIVO	176
7.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO: DICOTOMIA PRIVADO <i>VERSUS</i> PÚBLICO	181
7.4. UM ESTUDO DE CASO NUMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PRIVADA	191
7.4.1. Descrição da organização e dos participantes no estudo de caso	191
7.4.2. Missão, visão e objectivos	193
7.4.3. Factores-chave para o sucesso	199
7.4.4. Estrutura organizacional	202
7.4.5. Estratégias e planos	208
7.4.6. Medidas-chave de desempenho organizacional	213
7.4.7. Definição de metas	218
7.4.8. Avaliação de desempenho	223
7.4.9. Sistemas de recompensa	228
7.4.10. Fluxos de informação, sistemas e redes	231
7.4.11. Utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho	233
7.4.12. Mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho	237
7.4.13. Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho	241
7.5. COMENTÁRIOS FINAIS	249
CAPÍTULO VIII: ESTUDOS DE CASO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: O CASO DE UM HOSPITAL PÚBLICO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	255
8.1. INTRODUÇÃO	255
8.2. UM ESTUDO DE CASO NUMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA	255
8.2.1. Descrição da organização e participantes no estudo de caso	255
8.2.2. Missão, visão e objectivos	258
8.2.3. Factores-chave para o sucesso	268
8.2.4. Estrutura organizacional	272
8.2.5. Estratégias e planos	278
8.2.6. Medidas-chave de desempenho organizacional	287

8.2.7. <i>Definição de metas</i>	290
8.2.8. <i>Avaliação de desempenho</i>	292
8.2.9. <i>Sistemas de recompensa</i>	296
8.2.10. <i>Fluxos de informação, sistemas e redes</i>	297
8.2.11. <i>Utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)</i>	298
8.2.12. <i>Mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)</i>	302
8.2.13. <i>Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)</i>	304
8.3. DISCUSSÃO COMPREENSIVA DOS ESTUDOS DE CASO: DICOTOMIA PÚBLICO VERSUS PRIVADO	310
8.4. COMENTÁRIOS FINAIS	316
CAPÍTULO IX: CONCLUSÕES	319
9.1. INTRODUÇÃO	319
9.2. LIMITAÇÕES	320
9.3. DISCUSSÃO GLOBAL DOS RESULTADOS E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA	322
9.4. COMENTÁRIOS FINAIS	326
REFERÊNCIAS	328
ANEXO A - QUESTIONÁRIO AOS HOSPITAIS PORTUGUESES SOBRE PRÁTICAS DE GESTÃO	367
ANEXO B – LISTAGEM DOS HOSPITAIS INCLUÍDOS NO INQUÉRITO	377
ANEXO C – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS QUESTIONÁRIOS	380
ANEXO D – GUIÃO UTILIZADO PARA A CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS ESTUDOS DE CASO	391
ANEXO E – SÍNTESE DE EVIDÊNCIA E CONCLUSÕES PARA OS ESTUDOS DE CASO	394

Tabelas

	Página
Tabela 6.1 – Lista de Variáveis	142
Tabela 6.2 – Resultados obtidos por amostras para as hipóteses em estudo	164
Tabela 8.1 – Avaliação das dimensões de análise dos estudos de caso para o Hospital Privado <i>versus</i> Hospital Público	310
Tabela C.1 – Estatísticas Descritivas para a Totalidade da Amostra	380
Tabela C.2 – Estatísticas Descritivas para as Organizações Hospitalares Privadas <i>versus</i> Públicas	381
Tabela C.3 – Estatísticas Descritivas para as Organizações Hospitalares Inovadoras <i>versus</i> Conservadoras	382
Tabela C.4 – Diferenças entre os diversos factores para diferentes tipos de organizações hospitalares (<i>One-way</i> ANOVA e outros)	383
Tabela C.5 – Matrizes de Correlações para a Totalidade da Amostra	385
Tabela C.6 – Matrizes de Correlações para as Organizações Hospitalares Privadas e Públicas	387
Tabela C.7 – Matrizes de Correlações para as Organizações Hospitalares Inovadoras <i>versus</i> Conservadoras	389
Tabela E.1. – Síntese de evidência e conclusões para os estudos de caso: dicotomia Hospital Privado <i>versus</i> Hospital Público	394

Figuras

	Página
Figura 5.1. Hipóteses Modelizadas	101
Figura 7.1. Enquadramento dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho	188

Siglas

ABC - *Activity Based Costing*

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AH - Administradora Hospitalar

ARS - Administração Regional de Saúde

CAHSA - Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima

CBB - *Contract-Based Budgets*

CCG - Controlo e da Contabilidade de Gestão

CEO - *Chief Executive Officer*

CIMA - *Chartered Institute of Management Accounting*

CMP - *Clinical Management Performance*

CR - Centros de Responsabilidade

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

DRG - *Diagnostic Related Group*

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

EUA - Estados Unidos da América

GAG - Gabinete de Apoio à Gestão

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INA - Instituto Nacional de Administração

NHS - *National Health System*

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB - Produto Interno Bruto

PMS – *Performance Measurement System*

RMP - *Resource Management Performance*

S.A - Sociedade Anónima

SBU's - *Strategic Business Units*

SCG - Sistema de Controlo de Gestão

SIADAP - Sistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública

SMD - Sistemas de Mensuração de Desempenho

SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPA - Sector Público Administrativo
UE - União Europeia
USF - Unidades de Saúde Familiar

Capítulo I: Introdução

1.1. Introdução

Esta tese tem como propósito examinar as práticas de contabilidade, gestão e controlo de gestão no sector hospitalar em Portugal. Mais concretamente, pretende aferir quanto à adopção de um conjunto de práticas de contabilidade e gestão, envolvendo diversas vertentes, tais como a inovação organizacional, ou a utilização de sistemas de informação e controlo como via para a obtenção de resultados organizacionais, a nível da eficácia e eficiência, com particular enfoque nos hospitais públicos *versus* privados.

Geralmente os hospitais são vistos como uma das organizações com maior grau de complexidade quer na sua estrutura, quer na sua administração. Existem até autores que argumentam serem organizações de elevada dificuldade quanto à sua gestão, catalogando-as até como “organizações extraordinariamente complicadas”, embora a sua complexidade possa ser mitigada quando as suas vertentes são analisadas separadamente (Glouberman e Mintzberg, 2001a, 2001b:58), procedimento que será utilizado nesta tese. Um dos gurus da gestão assinalou inclusivamente as organizações hospitalares como sendo as mais complexas de se gerir (Drucker, 1989). Uma dinâmica muito própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão serão dos principais factores que contribuem para essa complexidade (Jacobs, 1974). Tal complexidade constitui um desafio para esta tese, mas também justifica o interesse na respectiva investigação, tal como é apresentado neste capítulo inicial.

Deste modo, esta tese inicia-se com este primeiro capítulo introdutório onde se abordam alguns aspectos diversos referentes ao enquadramento específico do sector hospitalar, com particular incidência na análise da evolução recente do sector hospitalar em Portugal, que tem conhecido desenvolvimentos significativos, merecedores da maior atenção e, portanto, justificando per si uma investigação aprofundada. A apresentação sucinta destes aspectos, que se apresenta na secção seguinte, pretende enquadrar a justificação do tema de investigação escolhido para esta tese, consubstanciada pela apresentação das motivações para a realização da investigação, bem como pela

descrição da própria natureza e da relevância da temática para a sociedade a diversos níveis, mencionando a sua importância, nomeadamente em termos sociais e económicos.

Finalmente, este capítulo introdutório termina com a apresentação do plano de investigação concebido para esta tese, delineando sucintamente os elementos que compõem a sua estrutura.

1.2. Motivações e relevância do tema da investigação

Para além do interesse intrínseco do tema, a investigação que agora se inicia também pretende contribuir para o conhecimento acerca de um sector tão importante, mas com tanto ainda por investigar em Portugal. Os processos de investigação sobre hospitais em Portugal são ainda recentes e insuficientes, surgindo a necessidade e o interesse de conhecer melhor a realidade portuguesa. De facto, apesar da crescente produção científica e técnica debruçada sobre aspectos da gestão e da contabilidade, no tocante ao sector da saúde em Portugal, que se tem registado nos últimos anos, na verdade poder-se-á argumentar que ainda se verifica alguma insuficiência de obras relevantes, originando uma lacuna na literatura devido à existência de um número de estudos científicos e de artigos publicados que não se pode considerar elevado. Pelo menos é esta a percepção da investigadora decorrente da revisão da literatura realizada e considerando que a nível internacional, pelo menos ao nível da esfera anglo-saxónica, a produção académica na área foi muito significativa nos últimos anos, podendo até afirmar-se que esta temática tem sido muito popular entre os investigadores.

A este *gap* da literatura, que ainda carece de muita investigação em Portugal, acresce a relevância, inequívoca, que esta temática ocupa na economia e na sociedade. Despertador de interesse, consciências e sensibilidades nos mais diversos quadrantes, o sector da saúde continua preencher os escaparates da actualidade, pois tem-se revelado um sector de actividade não apenas dinâmico, mas até sujeito a choques que têm resultado numa crescente instabilidade, não apenas instigando, mas também forçando fenómenos de mudança, que parecem crescentemente acelerados, até por força da conjuntura.

Deste modo, acresce também a curiosidade e o interesse da investigação sobre a evolução recente, quer quanto à mudança ao nível da gestão hospitalar, quer quanto à utilização das práticas de contabilidade de gestão e controlo, que em Portugal parece sofrer ainda bastante do tal *gap* ao nível da investigação. São estas as principais razões motivadoras para a elaboração do presente processo de investigação, com o qual também se pretende poder servir como ponto de referência para estudos futuros, bem como, quiçá, contribuir para o aprofundamento e, pelo menos, para um melhor conhecimento ao nível das práticas de contabilidade e gestão em Portugal, podendo servir adicionalmente como comparativo para estudos em vertentes diversas, tanto a nível nacional, como até internacional.

É comumente reconhecido que o sector da saúde abrange um campo muito importante na sociedade, tanto a nível económico e político, pois relaciona-se directamente com o bem-estar das populações, sendo até determinante para assegurar uma força de trabalho em condições e activa, tendo por isso também um valor económico intrínseco. De tal maneira tem granjeado destaque, que o conceito de economia da saúde acabou por emergir como um relevante ramo no âmbito da ciência económica, tendo adquirido, por mérito próprio, crescente autonomia e influência nas últimas décadas. É um sector em permanente mudança que, após muitas décadas em que vigorou em regime de “autogestão”, teve entretanto a necessidade de implementar novas práticas de gestão, sobretudo devido às crescentes restrições orçamentais. No entanto, é importante realçar, de novo, as características específicas do sector da saúde que o tornam muito diferente de todos os outros sectores económicos, devido ao seu nível de acesso e à sua importância para os utentes, independentemente da sua situação financeira.

O sector da saúde em Portugal encontra-se numa fase de profunda reforma, perante uma situação de crise que o país enfrenta e um aumento da esperança média de vida, fazendo com que o modelo de financiamento do “Estado de bem-estar”, que tem por base os princípios de solidariedade e de previdência, vigente nos países europeus há mais de um século, esteja actualmente em risco, não se afigurando sustentável devido ao aumento da procura e à falta de crescimento económico, aliado à referida questão demográfica associada ao envelhecimento da população, que fica carente durante mais tempo de atenção e cuidados médicos.

Actualmente a investigação científica em saúde está cada vez mais globalizada, havendo também uma grande responsabilidade dos gestores da investigação no que se refere à formação dos recursos humanos, à introdução de novas tecnologias e à selecção de temas a investigar pelas instituições. Para Serrão (2008), o fracasso dos gestores da actividade científica terá como principais vítimas os jovens investigadores, mestres e doutores. Mas, segundo o mesmo autor, o prejuízo será de todos nós, os cidadãos, que directamente suportamos os custos da investigação científica. Esperamos assim que pelo menos com esta tese exista um retorno para a sociedade, que possa beneficiar de alguma maneira com a investigação aqui proposta.

Um grande parte dos estudos publicados sobre o sector da saúde em Portugal centram-se na revista científica da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, na qual já foram publicados trabalhos tais como: Hospitais Sociedade Anónima (Ribeiro, 2004); Novos modelos de gestão nos hospitais (Campos, 2000); Os sistemas de incentivos (Simões, 2004); A intervenção privada no sector público: da expansão do Estado às parcerias público-privadas (Reis, 2004); A reforma do sector público hospitalar relativo à empresarialização de 34 hospitais portugueses (Ribeiro, 2004); ou a Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal continental, (Costa e Lopes, 2007).

Contudo, estudos relativos à experiência concreta das práticas utilizadas da gestão, da contabilidade de gestão e de controlo nos hospitais em Portugal são actualmente insuficientes, a que se adiciona um interesse pessoal pelo tema escolhido, pelo que se espera poder originar um contributo favorável para o sector hospitalar, sempre tão sedento de conhecimento.

Adicionalmente, tendo em consideração o alerta de Glouberman e Mintzberg (2001a, 2001b:58), que recomenda uma análise decomposta a partir da complexidade compreensiva do sector hospitalar, também se pretende trazer luz sobre aspectos diversos da gestão e da contabilidade que ainda não tenham sido alvo de abordagem específica em Portugal. Este aspecto da decomposição pode parecer simplista, mas de facto não o é. Um exemplo apenas: esta tese vai abordar não apenas teoricamente, mas também empiricamente, a questão da avaliação do desempenho. Contudo, no desenvolvimento do estudo empírico não se irá referenciar o supracitado estudo de Costa e Lopes (2007), o que parecerá caricato, pois trata exactamente da avaliação de

desempenho, especificamente nos hospitais públicos. Tal deve-se ao facto da óptica desse estudo, apesar de utilizar uma abordagem econométrica, ser essencialmente devotado a uma análise de dados clínicos, enquanto que nesta tese se utiliza um prisma de análise baseado em imperativos da gestão e da contabilidade, diferenciando assim os estudos. Deste modo, reafirma-se aqui o desiderato de preencher um pouco mais o *gap* da literatura, a exploração de vertentes ainda não devidamente investigadas em Portugal.

1.3. Comentários finais

Apresentadas as principais motivações e justificações para a realização desta tese, passa-se agora a elencar os principais pontos que compõem a estrutura da tese, que reflecte essencialmente o plano de trabalho que suportou a condução da investigação realizada. Trata-se de uma tese com nove capítulos, composta tanto por partes teóricas de suporte, como empíricas, tanto de natureza quantitativa como qualitativa.

Seguindo-se a este capítulo introdutório, surge o segundo capítulo, dedicado ao estudo dos desenvolvimentos na investigação das práticas de contabilidade, gestão e controlo. Neste capítulo abordam-se questões conceptuais diversas, tais como o fenómeno de convulsão e evolução na contabilidade e controlo de gestão; as práticas da contabilidade de gestão no sector hospitalar; o processo de empresarialização de organizações públicas, a contabilidade de gestão e o controlo de gestão; bem como um debate acerca da avaliação de desempenho.

O capítulo seguinte prossegue com apreciações diversas, continuando também com a revisão da literatura, mas agora focado no enquadramento e gestão do sector hospitalar, com particular ênfase em Portugal. Neste capítulo procede-se ao enquadramento genérico do sector hospitalar, salientando a sua relevância e características, bem como se examinam os principais desafios da gestão hospitalar e a evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, mas sem deixar também de contemplar a análise das principais mudanças internacionais ao nível da gestão do sector hospitalar.

No quarto capítulo, apresenta-se a metodologia de investigação que irá suportar sobretudo o desenvolvimento do estudo quantitativo. O capítulo é composto pela

ontologia, definição do âmbito e questões de investigação, desenho do questionário que irá suportar o estudo quantitativo e respectiva metodologia, bem como pela construção e métrica das variáveis.

Na sequência deste capítulo, segue-se o quinto, onde são detalhadamente desenvolvidas as hipóteses de investigação, suportadas por mais revisão de literatura específica e que serão testadas por via quantitativa no capítulo seguinte. As diferentes hipóteses contemplam vertentes diversas, tais como autonomia estrutural como meio de inovação organizacional para a obtenção de resultados organizacionais; estratégia e sistemas de mensuração do desempenho; ou política de formação e atribuição de prémios de desempenho como uma inovação para a obtenção de resultados.

No capítulo seguinte procede-se ao culminar do estudo quantitativo, com a análise dos Inquéritos. Iniciando-se com a descrição do processo de recolha dos dados e composição da amostra, segue-se uma análise factorial e respectiva avaliação dimensional, que precede a construção das variáveis e apresentação das respectivas estatísticas descritivas. Daqui parte-se para os testes propriamente ditos, com a realização de inferência estatística para as hipóteses a partir de análise bivariada, antes de concluir o capítulo com a análise e discussão dos resultados, com duas vertentes dicotómicas: análise das organizações hospitalares públicas *versus* privadas e das organizações hospitalares inovadoras *versus* conservadoras. Note-se que aqui se concluiu em relação à pertinência do aprofundamento do estudo da dicotomia privado *versus* público, em detrimento dos inovadores *versus* conservadores, que não se revelou uma temática suficientemente interessante para merecer mais investigação. Esta conclusão teve um impacto significativo no remanescente da tese, centrada no desenvolvimento de estudos qualitativos, conforme se apresenta em seguida.

Com o capítulo VII inicia-se especificamente o desenvolvimento dos estudos de caso. É claro que existe muita bibliografia de suporte dos próprios estudos de caso que já havia sido colocada antes nos capítulos iniciais, ainda que de modo implícito. Contudo, ao nível empírico é neste capítulo que se inicia a análise qualitativa. De modo a enquadrar preliminarmente os estudos de caso, o capítulo inicia-se com a explanação dos contributos de uma inquirição realizada preliminarmente, constituindo uma ponte entre o estudo empírico quantitativo e o qualitativo. O capítulo prossegue com a apresentação da metodologia de análise dos estudos de caso, centrada na dicotomia

privado *versus* público. Finalmente, apresenta-se o estudo de caso realizado numa organização hospitalar privada.

No penúltimo capítulo da tese, apresenta-se o estudo de caso realizado no Hospital Público, bem como se procede à discussão compreensiva dos estudos de caso, no âmbito da dicotomia público *versus* privado. Note-se que a separação dos estudos de caso em capítulos distintos se deveu essencialmente ao tamanho compreendido pela respectiva análise.

Finalmente, com o nono e último capítulo, apresentam-se as conclusões globais da tese, em que se discutem globalmente os resultados e os contributos de toda a investigação realizada, bem como se apresentam as principais limitações e sugestões para investigações futuras.

Capítulo II: Desenvolvimentos da Investigação e das Práticas de Contabilidade e Controlo de Gestão

2.1. Introdução

No âmbito dos propósitos definidos para esta tese, será importante compreender os desenvolvimentos ocorridos ao nível das práticas da contabilidade e de controlo de gestão nos últimos anos. Contudo, será importante salientar *ex ante* que a examinação deste tópico é tudo menos consensual. Vieira (2002) argumentou, recentemente que a contabilidade de gestão se encontrava numa etapa crítica quanto ao seu desenvolvimento, não só devido a questões técnicas, mas também devido à limitação da informação providenciada pelos sistemas de contabilidade de gestão tradicionais. De facto, por altura da viragem para o novo milénio, diversos debates e uma ampla vaga de críticas aos sistemas convencionais de contabilidade de gestão reconheciam o papel dos desenvolvimentos tecnológicos e da globalização dos mercados, nas mudanças competitivas ocorridas no ambiente económico-empresarial, com inevitável impacto nos referidos sistemas (Schonberger, 1986; Hayes, *et al.*, 1988; Vieira, 2002). Como bem sintetiza Willems (1999), entre os diversos impactos decorrentes das mudanças ocorridas, salientam-se as crescentes pressões competitivas que forçam as empresas ao aumento contínuo dos seus níveis de inovação, pelo que, tais patamares crescentes de inovação reduzem a duração dos produtos no mercado, reduzindo, consequentemente, o ciclo de vida dos produtos (*inter alia* Johnson e Kaplan, 1987).

Face ao exposto no parágrafo anterior, pode-se argumentar que as mudanças referidas obrigaram a uma maior flexibilidade por parte das organizações em relação à abordagem quanto às actividades desenvolvidas (*vide e.g.* Bromwich e Bhimani, 1989; Boer e Krabbendam, 1992). Conduziram simultaneamente a alterações significativas, quer em termos de comportamento face aos custos, quer em termos das suas estruturas de custos, o que resultaram na incapacidade das técnicas de contabilidade de gestão tradicionais conseguirem fornecer informação relevante para as empresas (*vide e.g.* Johnson e Kaplan, 1987; Howell e Soucy, 1988; Vieira, 2002).

Conforme salienta Vieira (2002), a vaga de crítica técnica e de inovação, referida no início deste capítulo, é usualmente considerada como tendo origem na obra *Relevance Lost* de Johnson e Kaplan, publicada em 1987, uma obra icónica que haveria também de marcar os auspícios da intensificação da procura de abordagens inovadoras e reformadoras dos sistemas de contabilidade de gestão nos tempos vindouros, e que seria acompanhada pela emergência e desenvolvimento de um novo paradigma de investigação, denominado *critical accounting*, baseado na investigação e reflexão compreensiva, *i.e.*, não apenas baseado em modelos tecnicistas.

Deste modo, neste capítulo, referem-se alguns dos desafios que se colocaram recentemente ao nível das práticas da contabilidade e do controlo de gestão, com natural enfoque no que respeita à investigação desenvolvida entretanto neste domínio. Conforme refere Langfield-Smith (2007), o foco da investigação até ao final dos anos 90 estava no ajustamento entre o desenho dos sistemas de controlo de gestão e a estratégia mas, contemporaneamente, caracterizações crescentemente complexas emergiram a partir do papel que os sistemas de controlo de gestão têm em influenciar a mudança estratégica. Esta temática que será explorada no ponto seguinte deste capítulo, que será devotado à análise dos movimentos de convulsão e evolução na contabilidade e controlo de gestão, e que se compartimenta em duas secções: uma dedicada ao estudo da mudança e perda de relevância das práticas convencionais da contabilidade e controlo, e outra aos desenvolvimentos e estudo da mudança.

Ainda neste capítulo realizar-se-á uma análise das práticas da contabilidade de gestão especificamente no sector hospitalar, seguindo-se uma apreciação acerca dos efeitos da interacção entre o processo de empresarialização no respectivo sector com a contabilidade de gestão e o controlo de gestão. Finalmente, examina-se-á a questão da avaliação de desempenho, antes dos comentários finais do capítulo.

2.2. Convulsão e evolução na contabilidade e controlo de gestão

Face à algumas insuficiências dos modelos e práticas convencionais na área do controlo e da contabilidade de gestão (CCG) de responderem cabalmente às necessidades organizacionais contemporâneas, parece evidente a necessidade de

compreender as razões para tal incapacidade, particularmente saliente até um passado recente, bem como discutir a reacção da disciplina a tal limitação.

Conforme referido anteriormente, um dos marcos que assinalam o início da discussão acerca da perda da relevância das práticas convencionais da CCG pode ser encontrado, naturalmente, na publicação de *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*, de Johnson e Kaplan (1987). Mas esta obra foi acompanhada pela publicação de diversos trabalhos seminais, nomeadamente de índole técnica, como a publicação de uma série de estudos de caso na *Harvard Business Review*, da autoria de Kaplan e Cooper, bastante bem sucedidos, bastante divulgados e acabaram por ser bem traduzidos do mundo académico para a prática empresarial. Popularizaram não apenas novos sistemas de controlo de processos e de custeio de produtos, tais como os baseados em actividades, mas também preconizaram sistemas de mensuração do desempenho organizacional. Conforme salienta Vieira (2002:14), a popularização destes casos como histórias de “sucesso” entre académicos e profissionais acabou por ser vertida em séries de “receitas para o sucesso” que circularam massivamente, tanto em círculos académicos como profissionais, seja em revistas e livros, conferências, seminários ou também via trabalhos de consultadoria.

2.2.1. Mudança e perda de relevância das práticas convencionais da contabilidade e controlo de gestão

Durante os anos oitenta, e ainda antes da publicação de *Relevance Lost*, Kaplan publicou diversos artigos controversos acerca do que considerava ser o estado *underperforming* da contabilidade de gestão (vid. e.g. Kaplan, 1985, 1986a, 1987). No entanto, será importante referir que, ainda antes do surgimento desta importante reflexão, a própria contabilidade, observada como disciplina holística, também passou por um outro período anterior de “convulsão e evolução”, que foi marcado por diversas publicações de Watts e Zimmerman (1978, 1979, 1986, 1990) e que trouxeram uma nova abordagem científica, particularmente para a área da contabilidade financeira, claramente influenciada pelos desenvolvimentos, à época, na investigação empírica em

economia e finanças.¹ A proposta destes autores consistia essencialmente em alterar o foco de estudo de uma abordagem prescritiva para outra mais orientada para o estudo de como as decisões económicas são tomadas, sendo esta corrente de pensamento vulgarmente designada por positivismo (*vide e.g.* Hendriksen e van Breda, 1992; Ryan *et al.*, 2002).² Tal tomada de posição, e correspondente disseminação, resultaram num despertar de consciências entre a comunidade académica, evidentemente consubstanciada por crítica diversa, mas também no surgimento de novas abordagens de investigação em contabilidade, algumas até em resposta à proposta de Watts e Zimmerman (*inter alia* Beaver, 1989; Hendriksen e van Breda, 1992; Mouck, 1993; Ryan *et al.*, 2002).

Apesar de tal movimento de “convulsão e evolução” ter sido tudo menos consensual, a verdade é que a abordagem positivista acabou por se afirmar, tornando-se a predominante, sobretudo na contabilidade financeira e nos Estados Unidos da América (EUA) (Bricker e Previts, 1990; Reiter e Williams, 2002), estando tal reflectido no facto de, até recentemente, a maior parte da investigação publicada nas principais revistas científicas de contabilidade adoptar este tipo de visão. De facto, tal como referem Lukka e Kasanen (1996), desde os anos oitenta que a maioria da investigação publicada nas revistas de topo em contabilidade, não só empregou dados dos EUA, mas também empregou uma abordagem positivista. No entanto, tal como fazem notar estes autores, uma análise geográfica também parece fazer sentido. Enquanto que os investigadores norte-americanos são mais propensos e favoráveis a uma abordagem positivista e, portanto, do tipo quantitativo, a generalidade dos investigadores europeus tende a ser mais favorável a abordagens do tipo qualitativo. Este tipo de abordagem, que inclui tipos de investigação, como a de análise de documentos, ou estudos de caso, parece claramente prevalente nalguns países europeus, embora sem tendência bem definida.

O caso do Reino Unido é paradigmático no que diz respeito à importância da investigação e das publicações do tipo crítico e interpretativo (Lowe e Locke, 2005). Neste país, não só a questão controversa da importância e adopção do positivismo à

¹ A discussão dos trabalhos seminais de Watts e Zimmerman é de particular interesse para esta tese, pois não só se referem a um importante período de reflexão para a disciplina da contabilidade, como também reflectem o pensamento e a visão dos autores, que é importante conhecer, dado posteriormente Zimmerman (2001) ter vindo a lançar um debate na própria contabilidade de gestão, tal como será examinado posteriormente neste capítulo.

² “Convulsão e evolução” é uma expressão adoptada pelo próprio autor.

contabilidade foi amplamente debatida e criticada na literatura, como também foi fonte de inovação e de emergência de novas tendências de investigação. Efectivamente, se as questões relacionadas com a argumentação pró e contra introdução do positivismo foram naturalmente perdendo importância com o decorrer do tempo, já a dinâmica da discussão da evolução das abordagens em contabilidade continuou, no caso, por exemplo, da emergência e desenvolvimento do construtivismo (*vid. e.g.* Quattrone, 2000).

Será de realçar que nem a introdução do positivismo, nem a ascensão de outras abordagens alternativas, tais como a crítica e a interpretativa, contribuiu para travar um certo declínio da investigação da contabilidade, conforme já referenciado nesta tese e conforme escalpelizado por diversos autores, tais como Mattessich (1995). Deste modo, torna-se relevante não só perceber as causas de tais razões, como também é importante perceber que passos foram dados para contrariar esta tendência, particularmente na área de investigação da contabilidade de gestão, pelo que se justifica uma análise dos principais contributos de Johnson e Kaplan (1987), bem como de outras publicações anteriores de Kaplan (*e.g.* 1983, 1985, 1986b, 1987).

Conforme salienta Vieira (2002), a incapacidade de adaptação dos sistemas de contabilidade de gestão tradicionais às mudanças do novo ambiente competitivo têm sido consideradas como uma importante justificação para o declínio competitivo dos modelos industriais do ocidente (Johnson e Kaplan, 1987; Berliner e Brimson, 1988), justificando Johnson e Kaplan (1987) tal incapacidade com a crença instituída de que é possível gerir empresas somente através de números. Por exemplo Johnson (1991:A5.2) argumenta que as empresas sentem ser possível “tanto planear como controlar os seus assuntos com informação contabilística que é compilada com propósitos de relato financeiro”, o que não só não é necessariamente verdadeiro, como também revela uma certa subserviência da contabilidade de gestão para com a contabilidade financeira, naturalmente concebida primariamente para o relato financeiro, conduzindo, como bem refere Vieira (2002), a que a perda de relevância da contabilidade de gestão possa ser observada como uma situação em que se “colocou a carroça à frente dos cavalos” (Johnson, 1991:A5.2):

“A informação financeira acerca dos resultados empresariais - o mapa - tornou-se o objecto primário da atenção dos gestores. Os gestores

rapidamente perderam de vista o cavalo - as forças subjacentes que produzem resultados financeiros.”.

Para além das já referidas, a questão da primazia do relato financeiro, *i.e.*, a produção de informação contabilística externa, foi alvo de diversas discussões na literatura, no que diz respeito à emergência e afirmação do positivismo como corrente teórica e metodológica no âmbito da disciplina da contabilidade. Efectivamente, diversos autores discutiram questões resultantes da orientação dos requisitos do relato financeiro para as necessidades dos utilizadores (*e.g.* Brimson, 1986; Bromwich, 1990; Simons, 1990), sendo que a assumpção do primado das necessidades dos utilizadores da informação financeira já há muito havia sido reconhecida pelos principais organismos académicos, profissionais e normalizadores da contabilidade nos EUA (American Accounting Association, 1966; American Institute of Certified Public Accountants, 1970; Financial Accounting Standards Board, 1978).

No entanto, à semelhança da advertência de Vieira (2002:16), também será importante referir que a visão de Johnson e Kaplan foi alvo de crítica, nomeadamente quanto à sua abordagem teórica, análise histórica e quanto às conclusões conjecturadas, apresentando Loft (1995) não só uma revisão de tal criticismo, bem como levantando o debate sobre até que ponto a problemática do desenvolvimento da contabilidade de gestão será meramente aparente, uma vez que (*ibidem*:41-42):

“questões podem ser levantadas acerca da validade das suas explicações históricas que estão suportadas em pressupostos das racionalidades económicas subjacentes. Num mundo da visão de Johnson e Kaplan, os empregados das empresas são ‘meramente’ um factor de produção com um custo que deve ser minimizado, ... esta explicação ajuda a mistificar as origens da contabilidade de gestão, que tal como outras técnicas de gestão, actua primariamente como uma forma de controlar o factor trabalho”.

Este tipo de crítica foi acompanhada por outros autores que seguem uma abordagem focada no factor trabalho, e que se centra na compreensão do modo em que os sistemas de contabilidade de gestão podem ter sido desenvolvidos primariamente como uma forma de controlo do trabalho, consequentemente assumindo que os sistemas de

contabilidade de gestão não são mecanismos neutros para tornar a produção mais eficiente, mas os meios práticos necessários através dos quais se permite ao capital explorar o trabalho numa base regular e sistemática (Vieira, 2002:16).

Ainda neste âmbito de discussão, como refere Vieira (2002), Hopper *et al.*, (1987) contrariam o argumento de Johnson e Kaplan de que as mudanças em contabilidade de gestão são contínuas e uma mera consequência inevitável de imperativos e avanços económicos e tecnológicos, argumentando, em oposição, que as mudanças na contabilidade de custos são descontínuas e moldadas pela dialéctica do conflito social e pela necessidade das empresas de controlar o factor trabalho, concluindo assim que o desenvolvimento dos sistemas de contabilidade de gestão poderá ser melhor explicado pelas mudanças nos processos de trabalho. Posteriormente Hopper e Armstrong (1991) iriam estender a base crítica de ataque, ao desenvolverem uma crítica do enquadramento do custo de transação, que suporta a obra de Johnson e Kaplan (1987), reescrevendo também uma história alternativa do processo de trabalho dos EUA, no âmbito da contabilidade de custos e de gestão.

Este género de reflexão, baseado em aproximações teóricas anteriores, tais como as de Braverman (1974), ou a de Foucault (1977), veio alertar para os modos como formas de conhecimento especializado nas ciências humanas podem resultar em “efeitos de poder” significativos. Sugere-se que o modo de criação de conhecimento através dos sistemas de contabilidade de gestão é uma maneira de exercer um poder “disciplinador”, conduzindo a que Hoskin e Macve (1986, 1994) argumentassem que a contabilidade seria uma forma particularmente significativa de poder disciplinador, devido à maneira como coloca os números financeiros e não financeiros, de forma a trabalhar, tanto o modo, como a avaliação da actividade humana no contexto organizacional. Como sumariza Vieira (2002), deste ponto de vista a introdução de sistemas de contabilidade de gestão pode ser considerada em termos de “governança da pessoa calculável” através de uma rede de controlo disciplinária, baseada na prescrição e na avaliação de desempenho, via sistemas de avaliação de desempenho, quer retroactivos quer proactivos.

Em consonância, Vieira (2002) acrescenta que Ezzamel *et al.*, (1990:165) argumentam que, dado que “gerir pelos números” faz parte integral tanto da vida organizacional moderna, como da história organizacional, dever-se-á “olhar adiante” na

busca de técnicas que possam ser bem sucedidas para obtenção de um nível mais aprofundado de análise organizacional, referindo em sintonia:

“deveríamos pensar sistematicamente acerca do problema contabilístico subjacente que tem persistido desde o início. Qual a melhor maneira que poderemos fazer com que os números contabilísticos funcionem, no âmbito dos sistemas de controlo gerais, de maneira a que estes se tornem, na realidade, efectivamente complementares e interligados de modo a que ambos possam descrever e conduzir o desempenho do mundo real, estando concorrentemente conscientes e reactivos aos modos como uma população de pessoas calculáveis muda e evolua?”.

Do mesmo modo que Vieira (2002), que com a sua tese aprofundou o estudo da aplicação do método o *Activity Based Costing* (ABC), também com esta tese de doutoramento se espera poder contribuir, ainda que modestamente, para o aprofundamento do nível de análise referido por Ezzamel *et al.*, (1990). Contudo, a presente investigação difere da de Vieira (2002) quanto à técnica examinada, uma vez que está mais centrada noutros aspectos organizacionais, tais como o da inovação organizacional e o da avaliação de desempenho.

2.2.2. Desenvolvimentos e estudo da mudança no domínio da contabilidade e controlo de gestão

Esta secção da tese inicia-se com a discussão de um dos propósitos fundamentais defendidos por Malmi e Granlund (2009), que argumentam que a investigação e teorização na contabilidade de gestão deve ser orientada para a determinação de quais as práticas que efectivamente funcionam, e em que condições, pelo que existe a necessidade de haver teorias em contabilidade de gestão que se debrucem sobre quais, como e em que circunstâncias, os sistemas ou técnicas devem ser aplicados.

Na sequência dos desenvolvimentos referidos neste capítulo, diversos debates vieram obrigar a uma reflexão acerca da investigação em contabilidade de gestão. Tais debates não ficaram confinados à icónica obra seminal de Johnson e Kaplan (1987), tal como provado pelos diversos debates subsequentes, dos quais se destaca o gerado por

Zimmerman (2001) no advento do novo milénio onde, questionou o estado da investigação e teoria na contabilidade de gestão, mas que, apesar de ter providenciado a resposta a algumas perguntas, acabou por levantar ainda mais questões que ficaram por responder (Ittner e Larcker, 2001, 2002; Zimmerman, 2001; Hopwood, 2002; Luft e Shields, 2002; Lukka e Mouritsen, 2002; Malmi e Granlund, 2009).

Seguindo o raciocínio de Malmi e Granlund (2009), poder-se-á responder à questão de qual o propósito e papel da teoria na investigação em contabilidade de gestão, pelo que se poderá questionar, em consequência, quais as teorias actuais que poderão permitir satisfazer tal propósito, bem como questionar o modo como a comunidade académica deveria proceder no desenvolvimento construtivo da teoria.

Precedendo a discussão teórica referida acima, será importante apresentar a concepção teórica de contabilidade de gestão adoptada nesta tese, que está suportada na definição utilizada pelo *Chartered Institute of Management Accounting* (CIMA, 1996) e que conceptualiza a contabilidade de gestão como:

“o processo de identificação, quantificação, acumulação, análise, preparação, interpretação e comunicação de informação utilizada pela gestão para planear, avaliar e controlar no âmbito de uma entidade e para assegurar o uso apropriado e a *accountability* dos seus recursos.”,

e à qual se pode referir como uma disciplina científica, tal como argumentado por Quattrone (2000), à imagem da conceptualização também adoptada por Malmi e Granlund (2009).

Também será importante salientar quanto à dificuldade de teorização em sede das práticas de contabilidade de gestão, tal como referido por diversos autores (*vide e.g.* Ahrens e Chapman, 2007). Efectivamente, Ahrens e Chapman (2007), apresentam uma perspectiva global acerca de um conjunto de especificidades da contabilidade de gestão, nomeadamente ao nível social, organizacional e cultural, que combinam com a teorização dos paradigmas que suportam esta disciplina, quando observada como um fenómeno compreensivo. Ahrens e Chapman (2007) devotam particular incidência ao objectivo teórico de “teorizar a prática” na investigação das ciências sociais, com natural destaque para a investigação em contabilidade de gestão, procedendo a uma revisão de um conjunto de estudos. Estes podem ser definidos como uma combinação

do interesse na contabilidade de gestão como uma microacção com as macroinfluências que estruturam o seu funcionamento e revelam-se de particular importância, dado os autores considerarem não ter havido uma preocupação “esmagadora” em evitar fazer apenas aquelas distinções entre micro e macro níveis.

Deste modo, Ahrens e Chapman (2007), seleccionaram para examinação um conjunto de estudos cujo objectivo teórico fundamental foi o de conceber as propriedades ordenadas dos arranjos sociais que circundam a contabilidade como um resultado directo da actividade. Também é de salientar que estes autores referem que os teóricos da prática têm vindo a manter a unidade devido à preocupação comum acerca da negligência de acção na teoria social, salientando que a maioria destes reflectiram acerca das formas em que a acção se relaciona com os aspectos do “sistema”, tal como definidos por Ortner (1984), que são primariamente políticos, económicos, culturais ou tecnológicos, simultaneamente enfatizando que aqueles tendem a assumir que a acção e o sistema se condicionam entre si em processos que permitem a ascensão a graus variáveis da ordem social (*vide e.g.* Bourdieu, 1977; Giddens, 1984; Ahrens e Chapman, 2007). Como Ahrens e Chapman (2007) argumentam, nem um sistema técnico objectivo determina a actividade, nem um fenómeno pode ser explicado apenas e através da agregação de acções individuais, pelo que a teorização da prática está essencialmente preocupada com as utilizações que actores específicos procuram fazer dos sistemas, evitando, tanto quanto possível, aquilo a que se referem como a “sociologia do herói”, bem como a ênfase indevida nos constrangimentos do sistema.³

Este aspecto da compreensão holística dos sistemas e das práticas da contabilidade de gestão é naturalmente importante para esta tese, uma vez que é fundamental perceber a complexidade do funcionamento dos sistemas hospitalares. Por exemplo, Ahrens e Chapman (2007) especificam a prática da teorização da contabilidade de gestão como sendo a compreensão de como as pessoas nas organizações fazem usos específicos de uma vasta gama de soluções contabilísticas disponíveis e como o seu uso pode alterar as contabilidade existentes, bem como gerar novas soluções contabilísticas que outros podem usar; trata-se, portanto, de explorar as

³ A questão das escolhas na discussão das restrições também tem sido discutida na literatura, conduzindo à incorporação de diversas práticas na teoria social, correspondendo a uma dimensão normativa da prática e reforçando a importância para a prática da compreensão de fenómenos sociais, tais como tradições e pressões de grupos sociais (*vide e.g.* Swidler, 1986; Barnes, 2001; Schatzki *et al.*, 2001; Ahrens e Chapman, 2007).

possibilidades de mudança para os usos da contabilidade, frequentemente, através do estudo detalhado de casos específicos de tais utilizações.

Outra dimensão de discussão, acabaria por ser introduzida pelo artigo de Zimmerman (2001), que despoletou conjecturas diversas sobre o modo de investigação empírica em contabilidade de gestão que, tal como referido anteriormente, acabou por gerar diversas respostas da literatura, na tentativa de dar respostas às questões geradas por este artigo. Entre outras reacções, Hopwood (2002) concebe ter alguma simpatia pela crítica de Zimmerman à revisão de literatura da investigação empírica em contabilidade de gestão realizada por Ittner e Larcker (2001), mas salienta que tal análise crítica reflecte demasiadamente as ideias pré-concebidas do autor, que deste modo acabou por influenciar tanto a avaliação do respectivo estado da investigação, bem como as recomendações para a melhoria da investigação empírica da contabilidade de gestão, basicamente orientadas para a exploração das potencialidade de compreensão que os modelos económicos encerram. Na opinião de Hopwood (2002), mais relevante seria realçar a emergência, impactos e funcionalidades das práticas de contabilidade de gestão, observadas como objecto de examinação, permitindo o alargamento do âmbito de análise das causas e efeitos, na perspectiva do abarcamento do modo como a contabilidade de gestão é exercida.

Similarmente, Luft e Shields (2002, 2003) procederam a uma revisão de literatura centrada na examinação de artigos que exploram e tentam explicar as causas e os efeitos da contabilidade de gestão incorporando a análise da respectiva teoria subjacente. No entanto, tal como alertam Malmi e Granlund (2009), será importante ressaltar que embora nem todos os investigadores em contabilidade partilhem desta visão, esta é a corrente de concepção que actualmente prevalece na comunidade de investigadores em contabilidade de gestão (*vide* Chua, 1986; Baxter e Chua, 2003), o que reforça o interesse de questionar o porquê da necessidade da comunidade tentar perceber o funcionamento e as causas e efeitos da contabilidade de gestão, contudo, levou estes autores a concluir que se deve, em última instância, à possibilidade desta compreensão, ou teoria até, poder permitir criar melhores práticas de contabilidade de gestão, tanto em termos de conteúdo, como de utilização (Ittner e Larcker, 2001:399; Chenhall, 2003:159; Malmi e Granlund, 2009:598).

Em relação directa, Zimmerman (2001) justifica a importância dada à teoria em contabilidade no âmbito do vasto número de grupos de interesse que têm que tomar decisões suportadas no relato financeiro, *i.e.* fundamentadas na base da contabilidade externa, estando esta concepção de abordagem em linha com trabalhos anteriores (*vide e.g.* Watts e Zimmerman, 1978, 1986), onde foi defendida uma nova linhagem para a disciplina, denominada teoria positiva da contabilidade, conforme já referido anteriormente. É claro que tal concepção também não é isenta de crítica. Por exemplo, existe a questão da heterogeneidade dos grupos de interesse, fazendo questionar o modo como o processo teórico deve ser construído, uma vez que a elaboração de um conjunto teórico compreensivo, provavelmente não poderá deixar de ser considerado como um desiderato utópico, obrigando a uma realização teórica parcial, ou limitada, possivelmente ajustada de modo pragmático à realidade da envolvente contabilística.

Cada disciplina tem as suas particularidades e portanto poder-se-á afirmar que as ciências sociais partilham tanto semelhanças, como também diferenças. No caso da contabilidade, o seu carácter instrumental torna-a, talvez, ainda mais especial. Por exemplo, ao contrário da economia, não fará sentido a simplificação de pressupostos de modo a elaborar modelos a partir da realidade, pois a contabilidade está orientada para a resolução de questões concretas apresentadas pelo mundo real. De realçar também que a disciplina da contabilidade é interdisciplinar, tendo-se verificado, em tempos recentes, um aumento de importância dos mercados financeiros, acompanhado pela ascensão da disciplina de finanças (Demski *et al.*, 1991; Reiter e Williams, 2002), correspondendo à dinâmica de uma indústria que foi bem sucedida em atrair novos investigadores, tendo até condicionado a investigação em contabilidade (*e.g.* Mattessich, 1995).

Perante tal dinamismo, é sem surpresa que se desenvolvem diversos estudos debruçados sobre a mudança e sobre os factores que mais contribuíam para o seu sucesso ou insucesso, nomeadamente, os estudos de Brewer (1998), Shields e Young (1989) e Scapens *et al.*, (2002). Estes últimos autores, Scapens *et al.* (2002), realizaram um estudo sobre o tema da mudança no controlo de gestão, no qual apresentaram os factores de maior relevo para a mudança no controlo de gestão e os que contribuíram de forma menos significativa. Assim, relativamente aos factores que mais contribuem para a mudança no controlo de gestão, Scapens *et al.* (2002) identificam a percepção da necessidade de mudança por parte da gestão e a necessidade de obter informações

importantes para a gestão. Concluem também, que os factores menos significativos para a tal mudança, no controlo de gestão, advêm das exigências de divulgação da contabilidade financeira, e das alterações impostas por empresas do grupo. Relativamente à mudança na contabilidade de gestão, existem diversas abordagens. Shields e Young (1989) sugerem um modelo, enfatizando mais aspectos comportamentais e organizacionais do que aspectos técnicos, no qual identificam variáveis, consideradas importantes no êxito da implementação da mudança em contabilidade de gestão, nomeadamente a definição clara dos objectivos dos novos sistemas, a formação ajustada sobre os novos sistemas, a adaptação dos recursos humanos às necessidades dos novos sistemas e o apoio dos gestores e administradores de topo em todo este processo. Por sua vez, Brewer (1998) acrescenta mais uma variável às quatro já apresentadas por Shields e Young (1989), *i.e.*, a cultura nacional. Brewer (1998), no seu estudo, investiga os impactos que as diferentes culturas, nos vários países, têm no êxito ou fracasso da implementação das diferentes técnicas de controlo de gestão, chegando à conclusão que as culturas mais colectivistas obtêm um maior sucesso neste processo.

No âmbito da caracterização de diferentes culturas, quanto ao individualismo, destacam-se os trabalhos de Hofstede (1984) e Schwartz (*e.g.* 1990, 1992, 1994), tendo o último também investigado outros aspectos, tal como a autonomia. Nesta tese aborda-se especificamente a realidade portuguesa, que se pode considerar genericamente de índole colectivista (*e.g.* Hofstede, 1984; Gouveia e Ros, 2000), mas pretende-se também a sua comparação com outras realidades, particularmente com a australiana, que foi caracterizada como individualista (*e.g.* Hofstede, 1984; Gouveia e Ros, 2000), podendo-se assim também tentar justificar alguma eventual diferença, quanto aos resultados obtidos, a partir de um prisma de diferenças culturais.

2.3. Práticas da contabilidade de gestão no sector hospitalar

O aumento da incerteza, resultado de rápidas transformações e dinâmicas diversas, tais como desenvolvimentos tecnológicos, alterações do comportamento por parte dos clientes, crescente integração económica global, imperativos orçamentais ou desregulamentação sectorial, obrigam as entidades a devotarem a maior atenção à

envolvente organizacional, sobretudo ao nível concorrencial (vid. Mia e Clarke ,1999; Puranam *et al.*, 2006; Schulz *et al.*, 2010). De facto, tal como reconhece Castells (2001), a globalização é reconhecidamente uma especificidade da actualidade. No contexto de rápidas mudanças na natureza e na extensão da concorrência mundial é óbvia a evolução organizacional (vid. *e.g.* Dawson, 2003). Estas mudanças são facilmente observáveis: o predomínio de estratégias centradas na inovação e na flexibilidade, o crescimento da importância de conhecimentos e de competências, o desenvolvimento de estruturas descritas em termos de equipas auto-geridas ou a trabalhar em grupos autónomos e a concepção de gestão estratégica entre os sistemas de controlo (Abernethy e Lillis, 2001).

Existem imensas pressões por parte dos governos, com vista à redução dos custos no sector dos cuidados públicos de saúde, incentivando as reformas que tendem a uma maior sofisticação dos sistemas de contabilidade de custos (*vide e.g.* Chua e Degeling, 1991; Young e Pearlman, 1993; Arnaboldi e Lapsley, 2005).

Perante este enquadramento, as práticas de contabilidade de gestão poderão ser determinantes para o sucesso organizacional, tornando-se fundamental compreender de que modo tais práticas podem ser importantes ao nível do desempenho organizacional e da eficácia da gestão (*e.g.* Chenhall e Morris, 1986; Kaplan e Norton, 2001; Chenhall, 2003; Van der Stede *et al.*, 2006, Langfield-Smith, 2007; Schulz *et al.*, 2010). Similarmente, os sistemas de controlo de gestão (SCG), entre outros propósitos, visam assegurar: a aplicação de forma eficiente dos recursos; a implementação da estratégia predefinida, e o alcançar das metas propostas (*vide e.g.* Chenhal, 2003). Segundo Anthony (1965), controlo de gestão é todo o processo através do qual os gestores asseguram que os recursos são alcançados e utilizados de forma efectiva e eficiente na concretização dos objectivos da organização. Para Otley (1999), a organização capaz de obter um bom desempenho é aquela que consegue alcançar, com sucesso, os seus objectivos, o que implica que tenha traçado uma estratégia ajustada para o efeito.

O controlo de gestão terá de centrar a sua atenção sobre a capacidade de influenciar o comportamento dos indivíduos e de alinhar os seus interesses com a organização, assim os gestores devem, utilizando os SCG, ser capazes de o fazerem com os restantes membros da organização, para que estes introduzam as suas estratégias (Anthony e Govindarajan, 2003).

A dinâmica empresarial também tem vindo a ser reflectida no sector da saúde (*e.g.* Kernick, 2004; Greenhalgh *et al.*, 2005). Neste sector, a ênfase no serviço é importante na estratégia competitiva, pois os seus serviços são expostos a uma rápida mudança, existindo de forma contínua o desenvolvimento de novas ofertas. Neste sentido os hospitais devem ser capazes de dar respostas imediatas às mudanças tecnológicas e à procura do mercado (Shortell *et al.*, 1996). De facto, toda a organização eficaz e inovadora deve responder de imediato às alterações no mercado (Habib e Victor, 1991; Slater e Olson, 2000; Abernethy e Lillis, 2001). Portanto, no que respeita aos hospitais, argumenta-se adicionalmente, que os gestores devem ter especial atenção aos SCG, devido aos diferentes níveis de formação e ao cruzamento de profissionais com motivações divergentes, não sendo, contudo, tarefa fácil o alinhamento dos objectivos. A inovação *per si* não é suficiente, também a gestão é fundamental. Como também salienta Drucker (1989), no seguimento do referido anteriormente, qualquer organização, seja uma empresa, igreja, sindicato ou hospital, poderá colapsar se não se preocupar com a gestão, e os SGC podem dar contributos fundamentais neste aspecto.

Tem-se verificado uma intensa discussão sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, entre os quais sobressai a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência da prestação de cuidados e o financiamento das organizações de saúde (*e.g.* Donabedian, 1985; Costa, 1990; Butler, 1995). Em jeito de introdução, que poderia servir até de síntese, recorde-se Drucker (1989), quando este afirma que o mais importante para qualquer empresa é ter presente que os resultados estão dependentes do exterior da organização, e serão eficazmente medidos pela satisfação do cliente, para o caso das empresas; no caso de uma organização hospitalar, por um paciente curado, ou talvez devidamente tratado.

Segundo Abernethy e Lillis (2001), existe literatura diversa sobre contabilidade que examina a influência das novas estratégias de sistemas de controlo, de forma empírica (Daniel e Reitsperger, 1991; Abernethy e Lillis, 1995; Ittner e Larcker, 1995; Bouwens e Abernethy, 2000) e de forma normativa (Nanni *et al.*, 1992; Simons, 1995; Kaplan e Norton, 1996). Embora exista literatura que centra a sua atenção na avaliação da eficácia das estruturas de gestão e dos sistemas de controlo de gestão nas organizações, onde os trabalhadores tenham consideráveis níveis de autonomia (*vide e.g.*

Preston *et al.*, 1992; Abernethy e Chua, 1996; Scott e Tiessen, 1999; Abernethy e Lillis, 2001), as tentativas para integrarem estas literaturas são escassas.

2.4. O processo de empresarialização, a contabilidade de gestão e o controlo de gestão

O método de empresarialização da gestão hospitalar constitui uma das formas de política de saúde de grande alcance em Portugal, derivando de tentativas distintas e alargando-se a mais de metade dos hospitais públicos portugueses, sendo pioneiro o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, seguido pelo do Barlavento Algarvio, em Portimão.

Para Ribeiro (2004), a empresarialização tinha como principal objectivo obter uma maior eficiência na afectação de recursos e na gestão da capacidade existente na rede pública de prestação de cuidados. No entanto, surgem perdas crescentes de eficiência na gestão de serviços de saúde (Campos, 2004).

A mudança de hospitais Sociedade Anónima (SA)/Entidade Pública Empresarial (EPE) contribuiu, em termos de ferramentas de gestão, para um melhor desempenho. No entanto, surgiram problemas em termos de avaliação comparativa com base no *Tableau de Bord*, principalmente: na ausência de uma referência para cada indicador; num verdadeiro empenho dos administradores e dos gestores para atingir as metas do hospital; e numa falta de confiança nos hospitais. Estas são algumas das razões para justificar uma verdadeira mudança nos sistemas de contabilidade de gestão, conjuntamente com outras, tais como factores diversos causadores de mudança relacionados com a influência do mercado externo, a evolução da gestão interna, das técnicas contabilísticas ou sistemas informáticos, bem como de entidades externas e do ajustamento e formação dos recursos humanos (*vid. e.g.* Vicente, 2007).

Existe uma tendência para proporcionar aos profissionais que nos hospitais desempenham um papel preponderante no consumo de recursos, por exemplo os médicos e, os enfermeiros, a informação de custos mais rigorosa, nomeadamente ao nível de cada procedimento, com o objectivo de os consciencializar acerca dos custos que decorrem das suas actividades (Hill, 2000). Porém, existe ainda um extenso e

sinuoso caminho a percorrer para que a informação sobre custos seja legitimada nas decisões médicas (Kurunmaki *et al.*, 2003; Nyland e Pettersen, 2004).

No que respeita ao *Balanced Scorecard*, Kaplan e Norton (1996) revolucionaram o mundo da gestão com a sua apresentação, argumentando que este surge como complemento dos indicadores de gestão tradicionais, sendo um sistema de gestão estratégica assente em quatro ópticas: financeira, clientes, processos e aprendizagem e desenvolvimento. O *Balanced Scorecard* trata essencialmente de indicadores de resultados e revê-se noutros modelos de avaliação do desempenho aplicados a hospitais e que consideram outras duas importantes áreas de análise, o contexto e os processos (Simões, 2004). O *Tableau de Bord*, de meados do século XX, e o *Balanced Scorecard*, dos anos 90, têm um ponto de partida em comum: questionar a preponderância dos indicadores financeiros na avaliação de desempenho (Mendoza e Zrihen, 1997).

Por outro lado, existem vários estudos que apontam o método *Activity Based Costing* (ABC) como o sistema apropriado para determinar os custos das actividades hospitalares, através dos indutores de recursos e para determinar os custos dos serviços através dos indutores das actividades. Assim, o método ABC pode ajudar no cumprimento de funções como o planeamento e o controlo nomeadamente, no que diz respeito à relevância da contabilidade dos custos operacionais (Lanchmann, 2007).

Este método pode ser adequado em relacionar as decisões médicas e financeiras, com vista à melhoria do desempenho, obtendo-se melhores cuidados com maior eficiência de recursos (Ross, 2004). Também a utilização de modelos econométricos para atenuar os elevados custos de mão-de-obra médica são sugeridos (*e.g.* Peden e Baker, 2002).

As mudanças no sector da saúde (Lapsley, 1998, 1999) e o papel da contabilidade na mudança (*vide e.g.* Bourn e Ezzamel, 1986; Broadbent e Guthrie, 1992; Abernethy, 1996; Goddard, 1997; Jacobs 1998; Doolin, 1999) têm chamado a atenção e os seus efeitos estudados (Chua e Preston, 1994; Lapsley, 1999). Questões relacionadas com a relação entre os sistemas de informação e de mudanças na contabilidade de gestão têm “explorado o conceito de mudança” (Quattrone e Hopper, 2001), no entanto, os críticos das reformas deste sector argumentam que aumentos de financiamentos não levaram a um aumento comparável a nível de desempenho (*e.g.* Mayle *et al.*, 2002; Modell, 2004; Agrizzi, 2008) e as respostas dos governos a esta crítica tem sido

sobrevalorizadas. A utilização da contabilidade e da informação sobre os custos, quando articulada com a transposição dos sistemas de contabilidade de custos do sector privado para o sector público, é reconhecida pela literatura como problemática, especialmente nos hospitais (Llewellyn e Stewart, 1993; Evans e Bellamy, 1995; Skaerbaek. e Thisted, 2004).

Abernethy e Lillis (2001), realizaram um estudo em que o objectivo era desenvolver e analisar empiricamente as interdependências entre a estratégia, a gestão interna das estruturas e a avaliação dos sistemas de desempenho, recolhendo dados para o efeito, a partir de unidades clínicas de grandes hospitais de ensino público da Austrália, e realçando que a amostra tem diversidade suficiente de orientações estratégicas e avaliações de desempenho. No momento da realização do estudo os hospitais tinham sido sujeitos à aplicação de mudanças com base em reformas destinadas a incentivar e implementar sistemas para melhorar a eficiência. Uma das mudanças considerada fundamental, como parte dessas reformas, foi a introdução de eventuais financiamentos, conhecidos, geralmente, como *Diagnosis Related Grouping* (DRG).

Os hospitais que constituíam a amostra tinham autonomia para determinar os seus próprios objectivos estratégicos e os meios para alcançar os mesmos (Abernethy e Lillis, 2001). Assim, mudanças no ambiente regulamentar, complementadas com o aumento do constrangimento a nível de custos, criaram um catalisador para os hospitais adaptarem as suas estruturas internas e implementarem novos e melhores sistemas de avaliação de desempenho (*vide e.g.* Abernethy e Stoelwinder, 1995; Abernethy e Chua, 1996; Abernethy e Lillis, 2001). De referir também que nas economias ocidentais se enfrenta um ambiente semelhante (Shortell *et al.*, 1996; Lee e Alexander, 1998; Abernethy e Lillis, 2001).

Abernethy e Lillis (2001), através do seu estudo, contribuíram para o debate em curso sobre a eficácia das estratégias que estavam a ser implementadas neste sector (Molinari *et al.*, 1993; Noy e Lachman, 1993; Lee e Alexander, 1998). Este estudo pretende fornecer três, importantes, contribuições para a literatura existente: os resultados vão lançar “luz” sobre as condições que influenciam a eficácia da autogestão das estruturas; uma análise do papel e da influência dos sistemas de avaliação de desempenho; e por fim, contribuir para a compreensão, no que se refere à contabilidade,

de questões relacionadas com uma indústria que está em acelerado crescimento, sendo das mais importantes da economia (*e.g.* Ezzamel e Wilmot, 1993; Abernethy e Chua, 1996; Evans, 1998; Mensah, 2000; Abernethy e Lillis, 2001).

A literatura existente identifica que existe um consenso na gestão e na contabilidade: afirma que a sobrevivência organizacional é dependente de um ajustamento entre a estratégia da organização e a estrutura e gestão de processos (Miles e Snow, 1992, Fisher, 1998; Abernethy e Lillis, 2001). Assim, uma organização bem sucedida é aquela que implementa estruturas e processos de gestão que facilitem a realização das suas escolhas estratégicas e por sua vez a mal sucedida apresenta ajustamentos “pobres” (Abernethy e Lillis, 2001).

Também no sector da saúde Agrizzi (2008) elaborou um estudo, mas o seu objectivo era compreender como os processos introduzidos pelo Governo inglês têm sido redefinidos nos sistemas de saúde, apontando como fundamentos para a sua realização as amplas implicações destas políticas e o facto de não terem sido suficientemente, investigadas no contexto organizacional pela literatura da contabilidade.

Neste sentido, a autora refere alguns estudos, nomeadamente o de Chang (2007) e de Givan (2005), mas salienta que nenhum deles observou como as medidas introduzidas afectaram a actividade diária dos hospitais em Inglaterra, pretendendo assim colmatar esta lacuna. O seu estudo de caso, com a duração de 21 meses, teve por base os trabalhos de Laughlin (1991) e de Broadbent e Laughlin (2005), que analisaram as mudanças organizacionais, proporcionando a oportunidade de analisar as tentativas das organizações de se ajustarem, de forma a satisfazerem as exigências inerentes à natureza multifacetada da mudança organizacional. No seu trabalho apresenta questões, que emergiram, relativamente à satisfação de um conjunto de metas fundamentais, reflectindo sobre a forma como os hospitais responderam às pressões, para satisfação das exigências das normas estabelecidas pelo Governo. O seu estudo investiga o impacto do *Health Act*, de 1999, num hospital inglês, acrescentando conhecimento à vasta literatura sobre a avaliação de desempenho de gestão e mudanças na contabilidade das organizações.

Nas suas conclusões, Agrizzi (2008) refere que, a sua investigação pretende acrescentar conhecimento ao debate, de forma a ficar mais amplo, no campo da avaliação de desempenho nos hospitais e tenta compreender como as organizações respondem à “pressão” de forma a satisfazerem as expectativas do governo. A análise das políticas e da legislação, para direccionar os cuidados dos serviços de saúde em Inglaterra, sugere que as reformas têm sido uma questão de substituição de mecanismos, sem permitir tempo suficiente para alcançarem resultados, sendo que antes são introduzidas novas reformas com novas alternativas para controlar o desempenho dos hospitais e médicos. Claramente, a natureza do novo regime macroeconómico reflecte a vontade do governo caminhar para uma política mais direccionada para a afectação de recursos.

Kantola (2008) explora as mudanças da contabilidade de gestão no sector hospitalar, utilizando um estudo de caso, no qual argumenta que os hospitais utilizam os sistemas tradicionais de contabilidade dos custos e orçamentos. Também para Hyvonen e Jarvinen (2006), a estrutura orçamental e a estimativa conservadora dos proveitos demonstraram uma forte resistência à mudança. Ainda, com base nos resultados da investigação de Kantola (2008), pode-se concluir que a implementação de *Diagnosis Related Grouping* estava a decorrer de formas diferentes nos EUA, Austrália e Reino Unido (e.g. Fetter e Freeman, 1986; Borden, 1988; Chua e Degelin, 1989; Rea e Cooper, 1989) e nessa medida, o futuro da investigação deve examinar de que forma os objectivos deste estudo são alcançados na prática.

No caso particular, da Finlândia, tem vindo a ser adoptado, nos últimos anos, um novo sistema baseado no diagnóstico, porém a sua adopção generalizada envolve muitas etapas *i.e.*, um longo processo. Assim Kantola (2008), através da sua investigação pretende ilustrar uma mudança nos sistemas da contabilidade e da informação realizada nos sistemas de cuidados de saúde finlandeses. Na metodologia, da sua investigação, os dados e as fontes de informação foram a entrevista e a observação, recorrendo ainda a artigos de revistas e a documentos, a fim de proporcionar uma compreensão mais ampla do tema. O seu estudo visa descrever e interpretar o processo de mudança na contabilidade de gestão, através da “*actor-network theory*”, descrevendo a forma pela qual a procura de um novo sistema de contabilidade e de informação é criada e a forma

como é representada. Os resultados, do seu estudo, indicam que as novas necessidades são originadas através da alteração das metas do sistema de contabilidade.

Diversos estudos são consistentes, quanto ao facto de o processo de mudança variar constantemente, não podendo ser determinado de antemão (Brunsonn, 1985; Hopwood, 1987; Laughlin, 1991). Os resultados do estudo de Kantola (2008), por exemplo, reflectem o modo como as metas estão em constante alteração durante o processo. Para além disso, argumentam que a mudança só pode ser considerada quando efectivamente existir com carácter de política permanente, sendo que apenas nesse momento poderá ser avaliada.

As consequências económicas e sociológicas e, sobretudo, a crescente pressão revelaram a necessidade de uma acção emergente em hospitais alemães, sendo um dos objectivos identificar novas necessidades e funções da contabilidade de gestão e de controlo. Lachmann (2007) realizou um estudo, tendo por base a realidade alemã, que incidiu sobre as funções do planeamento, do controlo e da coordenação, realçando a crescente importância do planeamento e controlo, que se tornaram visíveis, especialmente, no que diz respeito à relevância da contabilidade dos custos operacionais. Neste sentido, segundo o autor, os reembolsos e os custos devem ser alvo de planeamento e controlo ao nível dos DRG, concluindo também, que o *Activity Based Costing* pode dar um grande contributo no cumprimento das referidas funções.

A implementação de um sistema de contabilidade de gestão eficiente e de controlo nos hospitais, como instrumentos, são passos essenciais para estas organizações enfrentarem os novos desafios (Lachmann, 2007). O seu estudo centra-se nas funções e nos instrumentos que ajudam a executar, eficientemente, serviços de cuidados de saúde a um nível elevado, podendo observar que existe uma clara insuficiência em todas as práticas de contabilidade analítica ou de gestão hospitalar.

Macedo (2008) elaborou um estudo de caso, com base num hospital em Portugal, que integrou o primeiro grupo de hospitais de gestão empresarial em 2002, de forma a estudar a natureza e o impacto da gestão empresarial nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Fê-lo com de profundidade, centrando-se nas alterações operadas no sistema de controlo de gestão, verificando a existência da necessidade de mais

investigação sobre o papel desempenhado pelos SCG nas organizações hospitalares, nomeadamente em Portugal.

Macedo (2008), com a sua investigação, concluiu que os centros de responsabilidade mantêm-se apenas como órgãos de consultadoria aos directores dos serviços que o integram e não contam com nenhuma função executiva. Segundo o mesmo autor, a mudança ocorrida neste elemento de sistema de controlo de gestão foi apenas formal e teve um impacto muito reduzido. Também as causas que levaram à criação dos centros de responsabilidade podem estar relacionadas com a necessidade de evidenciar à tutela que o conselho de administração está a actuar e está a aproximar o hospital dos mecanismos de controlo adoptados pelas empresas, tal como prevê a teoria institucional.

Relativamente aos restantes elementos do SCG, não houve alterações ou, no caso de existirem, não tiveram qualquer impacto. Macedo (2008), no seu estudo, concluiu também que, ao nível de orçamentos, estes são elaborados nos mesmos moldes que se verificavam no tempo em que o hospital era Sector Público Administrativo (SPA), sendo que a mudança fundamental foi forçada pelo exterior, uma vez que o “plano de actividade e orçamento” passou a ter de satisfazer o formato padronizado, imposto pela agência de contratualização de serviços de saúde da Administração Regional de Saúde (ARS).

Relativamente à avaliação de desempenho, Macedo (2008) concluiu que:

“A avaliação de desempenho foi o elemento do SCG que atingiu o ponto mais elevado de maturação e esteve a um passo de ser implementada caso a Unidade de Missão tivesse continuado a existir. Os critérios de avaliação dos prémios de desempenho foram delineados pelos directores de serviço e foram propostos ao conselho de administração. Posteriormente, o Governo decidiu aplicar o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) a todos os serviços de Administração Pública, incluindo os hospitais EPE e o conselho de administração preferiu abandonar o seu próprio sistema de incentivos.” (Macedo, 2008:107).

Comparou, ainda, o hospital, que fez parte do seu estudo, com hospitais italianos, onde foi estudada a coexistência da autoridade formal e informal. Assim, o impacto no hospital português ficou aquém do verificado naquele conjunto de hospitais, porque nesses as alterações foram mais profundas, uma vez que os médicos foram responsabilizados pelos *inputs* e *outputs* dos serviços que dirigem e o conselho de administração efectuou investimentos avultados em sistemas de informação contabilísticos de suporte à tomada de decisão e ao controlo de gestão. Em suma Macedo (2008:IV), concluiu quanto ao seu estudo de caso que:

“Os conselhos de administração passaram a dispor do conjunto de elementos que compõe os sistemas de controlo de gestão - orçamentação, afectação de recursos, avaliação de desempenho, centros de responsabilidade e preços de transferência - para reorganizarem a sua estrutura interna e para atraírem os profissionais para o cumprimento dos objectivos do hospital. Tendo em conta as explicações adiantadas pela Teoria Institucional e pelo Modelo dos Valores em Competição, procurei caracterizar as mudanças ocorridas no sistema de controlo de gestão de um hospital, confrontando-as com a experiência de outros países, a partir de um conjunto de doze entrevistas realizadas junto de alguns dos principais actores do hospital. As conclusões a que cheguei apontam para a existência de isomorfismo coercivo, com algum nível de *decoupling*, mimético e normativo, alguns traços em comum com as experiências da Finlândia e do Reino Unido e a manutenção de um padrão cultural ‘hierárquico’ em vez do padrão de ‘grupo’ que era esperado de acordo com a teoria.”.

Perante todas estas observações, o autor ressalva o facto de não ser possível fazer uma generalização estatística das suas conclusões, visto tratar-se apenas de um estudo de caso, desenvolvido num único hospital em Portugal.

2.5. O debate da avaliação de desempenho

As crescentes necessidades de saúde de uma população manifestam-se numa maior procura de cuidados de saúde o que, consequentemente origina uma forte pressão na

despesa. Tratando-se de um sector muito peculiar, os diferentes países têm tentado encontrar diversas formas capazes assegurarem os fundos necessários para financiar essa mesma despesa e, simultaneamente, de assegurarem a prestação dos cuidados (Simões e Silva, 2009).

Na generalidade das organizações, o seu desempenho é avaliado pelos resultados (Costa e Reis, 1993). Nas organizações não lucrativas, em geral, e nas organizações de saúde em particular, este axioma tem sido posto em causa (McGuire *et al.*, 1988; Costa e Lopes, 2007). A avaliação do desempenho das organizações de saúde, especialmente, dos hospitais, é uma matéria que tem sido alvo de uma grande atenção e importância, quer a nível internacional, quer em Portugal. Assim, começa a ser determinante neste sector, tendo em conta os comportamentos e atitudes da sociedade de hoje em relação à importância e benefícios da existência do sector da saúde, mas também em relação ao seu custo, ter a percepção quanto à consideração da definição, explicitação e implementação de modelos de avaliação do desempenho, que procurem aumentar a eficiência do sector hospitalar.

Os principais sistemas de avaliação do desempenho têm como base essencialmente dois planos: a dimensão da sua aplicação e a perspectiva de avaliação (Costa e Lopes, 2007). Já, segundo Donabedian (1985), a avaliação do desempenho das organizações, do sector hospitalar, sugere a seguinte trilogia: a estrutura, o processo e os resultados. A estrutura pode ser definida pelas características da oferta das organizações, o processo por aquilo que é feito aos utentes e os resultados pela forma como estes reagem aos cuidados que lhe são prestados (Quality Measurement Advisory Service, 1997). O principal interesse da trilogia, referida, é a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, porém, esta poderá ser também aplicável a outras realidades da actuação hospitalar, nomeadamente, quanto à eficiência e ao desempenho global dos hospitais.

Nos Estados Unidos da América evidenciam-se as seguintes experiências: *Best Hospitals* (Hill *et al.*, 1997; O'Muircheartaigh *et al.*, 2002) e *Risk-Adjusted Quality Outcomes Measures* (DesHarnais *et al.*, 1997, 2000). Apesar de ambos os modelos darem ênfase à qualidade, a primeira experiência contempla indicadores de estrutura, do processo e dos resultados, enquanto a segunda centra-se, predominantemente, em indicadores de resultados. De referir, ainda nos Estados Unidos de América, a

experiência designada por *One Hundred Top Hospitals*, desenvolvida por HCIA (1999) e Griffith *et al.*, (2002), que abarca as perspectivas da qualidade, eficiência e rentabilidade dos capitais, porém considera, exclusivamente, a dimensão dos resultados.

Em relação ao Reino Unido, existem duas perspectivas que englobam os indicadores sugeridos na já mencionada trilogia, uma primeira focada na determinação de indicadores do Serviço Nacional de Saúde (Chang *et al.*, 2002) e uma outra centrada na materialização de uma metodologia para determinar o hospital *ratings* (National Health Service, 2002).

Por sua vez, na Austrália, a perspectiva privilegiada é a do processo, em que os indicadores derivam de um leque mais abrangente, nomeadamente, sobre financiamento, acesso, eficiência e qualidade (Degeling *et al.*, 2000) e de indicadores mais particulares de qualidade (Ibrahim *et al.*, 1998 e Australian Council on Health Care Standards, 2002).

No caso particular de Portugal, esta matéria é mais recente. No entanto, são de destacar: os trabalhos elaborados pelo Instituto Nacional de Administração (INA), com a designação “Avaliação dos Hospitais Fernando Fonseca e Garcia da Orta” (1999) e “Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde” (2001); os estudos realizados pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), designados “Um Exemplo Simples da Metodologia de Categorização de Hospitais” (Barros, 2001a) “Utilização dos Graus de Pertença para Cálculo de Orçamentos dos Hospitais” (Barros, 2001b) e “Exploração Preliminar da Aplicação da Metodologia de Graus de Pertença” (Barros, 2001c). Em termos académicos, existem alguns estudos, nomeadamente, os realizados por Costa e Reis (1993), Barros e Sena (1999), Cabral e Barriga (1999) e Carreira (1999). Existem, também, algumas teses de Mestrado como a de Macedo (2008) e de doutoramento, como por exemplo Silva (2010).

Ainda, em termos da avaliação do desempenho das organizações de saúde, serão de salientar as experiências de avaliação da actividade dos hospitais, efectuadas no âmbito das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde e da Direcção Geral de Saúde e a publicação do “Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar” (Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro) que, apesar de frisar aspectos tais como a informação ao público e a avaliação da eficiência e da efectividade dos cuidados prestados, é omissa no que diz respeito ao plano de avaliação.

Independentemente da necessidade de se ter em conta todas as dimensões para avaliar a actividade dos hospitais (*vide e.g.* Brook *et al.*, 1987; Murphy e Cluff, 1990; Kanouse *et al.*, 1995; Almeida e Carlsson, 1996; Iezzoni, 1997; Weingart *et al.*, 2001; Costa e Lopes, 2007), a consideração da dimensão resultados parece assumir cada vez mais importância, tanto pela aproximação que permite aos modelos utilizados na grande maioria das organizações do mercado em geral, como pela proliferação e utilização cada vez mais intensa nas organizações de saúde, internacionais (Costa e Lopes, 2007:6).

No nosso país, esta dimensão deve ser alvo de maior atenção, não só devido ao nível da cultura organizacional, mas também à necessidade de acompanhando das reformas a decorrer neste sector, nas quais as alterações ao modelo de gestão hospitalar sobrevêm como aspectos de partida. De referir também os aspectos decorrentes das maiores exigências ao nível da responsabilização e da *accountability* dos hospitais, pelo que se pode depreender que a avaliação dos resultados estabeleceu um novo desafio à actividade reguladora do Estado (Costa e Lopes, 2007). Este cenário de necessidade de mudança e ajustamento tem-se extremado, pelo o agudizar da crise económico-financeira, exponenciado pelo clímax da necessidade de recorrer ao resgate proporcionado pela ajuda financeira externa, e tornou inevitável proceder a cortes significativos no sector da saúde, pelo que é expectável que as questões relacionadas com a eficiente alocação de recursos se mantenham em primeira ordem, não apenas no momento actual, mas também em tempos vindouros.

Existe uma grande dificuldade em avaliar o desempenho das organizações de saúde (*e.g.* Anthony e Herzlinger, 1975; Costa e Reis, 1993), nomeadamente por factores relacionados com a proliferação de perspectivas e de agentes, a existência de uma dupla linha de autoridade e a particularidade na garantia da qualidade dos cuidados prestados. No entanto, e estando patentes as dificuldades conceptuais e operacionais para a sua avaliação, torna-se cada vez mais necessário desenvolver modelos para a sua concretização. Esta afirmação é válida para qualquer dos agentes associados ao mercado da saúde (Costa e Lopes, 2007). Ainda segundo os referidos autores, existe a necessidade urgente de desenvolver modelos válidos de avaliação de desempenho das organizações de saúde, porém estes devem ser capazes de abarcar todos os envolvidos neste processo, *i.e.*, os contribuintes, os utentes, os proprietários e os gestores e/ou os profissionais de saúde.

Os utentes, devido à crescente procura e oferta de informação, sobretudo de carácter científico, de forma a que estes possam definir as suas opções e terem acesso à informação relativa às actividades das organizações do sector de saúde. No que concerne aos proprietários, porque procuram, sempre, a optimização da função de utilidade. Por fim, os gestores e os profissionais de saúde, porque a existência desses modelos faculta a extensão para o plano de avaliação dos indivíduos, de forma a explicitar mecanismos de avaliação da competência e a possibilidade de atribuição de incentivos (Costa e Lopes, 2007).

Ao estudar uma reforma substancial dos modelos de gestão de alguns hospitais públicos portugueses, ocorrida na primeira década no novo milénio, Silva (2010:13) nota que:

“A ênfase nos resultados, a apologia da avaliação de desempenho através de medidas objectivas, a preocupação com a redução dos custos, a contratação de gestores profissionais para lugares de topo, a responsabilização dos gestores públicos pelos resultados, a liberdade de escolha do consumidor, a orientação para a qualidade dos serviços prestados, a flexibilização dos recursos humanos, o financiamento dos Serviços Públicos em função da produção e a exposição desses Serviços à competição, são alguns exemplos da expressão das ideias preconizadas pela Nova Gestão Pública.”.

A explicitação e implementação dos modelos de avaliação do desempenho das organizações de saúde, são fundamentais para “criar mecanismos que proporcionem uma maior responsabilização dos agentes internos, gestores e prestadores, e simultaneamente, possibilitem a sua reprodutibilidade na actividade e gestão de cada organização de saúde. Para além disso, existem em Portugal alguns aspectos conjunturais que tornam igualmente imperiosa a explicitação de modelos de avaliação do desempenho” (Costa e Lopes, 2007:3).

De acordo com os citados autores, mesmo tendo em conta a necessidade de implementação de mecanismos e de metodologias que avaliem a estrutura e o processo das organizações do sector da saúde, a mensuração dos resultados representa o factor decisivo, assumindo-se que os hospitais que comparativamente obtiverem melhores

valores, devem, pelo menos, apresentar bons desempenhos nas dimensões que estão a montante. Segundo Costa e Lopes (2007), no que diz respeito à óptica de avaliação, podem ser considerados três aspectos: a efectividade dos cuidados prestados, a eficiência das organizações de saúde, e o seu desempenho financeiro. É conveniente enfatizar a diferente forma e intensidade com que estes aspectos devem, ser analisados nos sistemas de avaliação do desempenho destas organizações. Assim, há que considerar a perspectiva mais importante, pelo seu cariz estrutural, quer conjuntural. Em termos conceptuais, somente se pode considerar que um hospital apresenta um bom desempenho se, simultaneamente, cumprir aquelas três perspectivas, a que acresce, recorde-se, a situação actualmente existente em Portugal, na qual são frequentemente indicados problemas nos três níveis. Pese embora o facto da importância da mensuração do desempenho, existem diversas questões que podem dificultar a sua efectivação, como por exemplo, a importância da liderança e da autonomia para uma apropriada implementação de um sistema de avaliação de desempenho, como será discutido mais adiante nesta tese.

2.6. Comentários finais

Neste capítulo apresentaram-se os principais desenvolvimentos ocorridos ao nível das práticas da contabilidade e de controlo de gestão, com particular ênfase para as inerentes tendências evolucionárias e movimentos convulsivos, bem como para a respectiva interacção com as práticas da contabilidade de gestão e controlo no sector hospitalar, área sobre a qual recaem os estudos desenvolvidos nesta tese.

Conforme se ressaltou inicialmente, a análise do tópico fundamental sobre o qual versou este capítulo não é consensual. Contudo, é evidente, que, apesar de a contabilidade de gestão ter enfrentado etapas críticas no seu desenvolvimento, o próprio processo dinâmico da evolução empresarial e organizacional que funciona como força motriz para o desenvolvimento da disciplina, tem resultado em dificuldades e desafios constantes de adaptação que, de resto, não são restritos à comunidade académica. Podem considerar-se de primordial importância, para o próprio tecido empresarial e social, onde a acção decorre efectivamente. Digamos que são as dificuldades e as convulsões adstritas primariamente ao “mundo real” que consequentemente desafiam a

capacidade de análise e de resposta informativa dos modelos teóricos e dos conjuntos de práticas preconizados pelo mundo académico que, com maior ou menor efectividade, se esforçam continuamente por dar uma resposta apropriada às necessidades manifestadas pela envolvente, seja tecido empresarial, organizacional, institucional, ou até social.

Pese embora este facto, que se pode considerar uma inevitabilidade intrínseca, mesmo sabendo-se ser de intensidade variável, em função da própria velocidade dos fenómenos de mudança e de evolução, aceitar-se que, como sequela de variados debates e crítica alargada e massiva aos sistemas convencionais de contabilidade de gestão, no início da década passada já existia um reconhecimento alargado do papel dos desenvolvimentos tecnológicos e da globalização dos mercados nas mudanças competitivas ocorridas no ambiente económico-empresarial, com inevitável impacto nos de contabilidade de gestão e controlo (*e.g.* Vieira, 2002), não havendo evidência, nem se encontrando, literatura mais recente que sugira uma alteração deste facto. Deste modo, subentende-se que existe, pelo menos uma, tentativa de ajustamento constante da disciplina à evolução da realidade, o que é um pressuposto teórico assumido nesta tese.

Esta prerrogativa estende-se a outras vertentes, que não apenas as consequentes da ocorrência de mudanças ou de contínuas pressões competitivas, sejam elas resultantes de processos de liberalização ou da globalização. Por exemplo, a necessidade de maior flexibilidade por parte das organizações, tanto pode constituir uma necessidade de ajustamento externo, ao ambiente competitivo, como também interno, de orgânica de funcionamento eficaz, ou de acordo com determinadas conveniências. Os comportamentos em relação aos custos e às respectivas estruturas também se alteram continuamente, determinando a incapacidade das técnicas de contabilidade de gestão convencionais em fornecer informação relevante para as empresas (*vide e.g.* Johnson e Kaplan, 1987; Vieira, 2002). Resultam, também num surto de inovação e reforma dos sistemas de contabilidade de gestão e controlo, com impacto nas respectivas práticas, evidenciadas ao nível da investigação, na emergência e ascensão de um novo paradigma de investigação, *critical accounting*, baseado na investigação e reflexão compreensiva e que é basilar para o desenvolvimento desta tese.

Após examinação e tentativa de compreensão das forças e fenómenos que enquadram o desenvolvimento da gestão e dos respectivos sistemas de contabilidade e controlo, bem como analisada a evolução destas disciplinas, com ligações a outros

domínios, tais como a estratégia, procedeu-se à apreciação dos efeitos da interacção entre o processo de empresarialização com a contabilidade de gestão e o controlo, no sector alvo de estudo nesta tese, o hospitalar, paradigmático, não apenas em termos de acréscimo dos fenómenos de competitividade descritos neste capítulo, mas também em termos de reestruturação, porquanto se trata de uma área de actividade tradicionalmente regida por moldes de funcionamento da esfera pública que tem vindo a ser progressivamente empresarializada, numa óptica de funcionamento embebida dos fundamentos da actividade privada. A esta questão desafiante, foi também adicionada a problemática da avaliação de desempenho, tendo sido discutidas tanto vantagens como pontos de potencial conflito e melindre.

O desenvolvimento dos conteúdos apresentados neste capítulo, não se regeu apenas pelas necessidades e desideratos do desenvolvimento do estudo proposto para esta tese, porquanto também opera como preâmbulo da caracterização aprofundada do sector hospitalar em Portugal, ele próprio sujeito a diversos desenvolvimentos e reformas, de certa forma profundas nos últimos anos, conforme se expõe no capítulo que se segue.

Capítulo III: Enquadramento e Gestão do Sector Hospitalar

3.1. Introdução

Explanados os fenómenos resultantes da contínua dinâmica organizacional e empresarial e, decorrentes de pressões competitivas diversas, até como consequência de fenómenos maiores, tais como a globalização e a crescente liberalização, torna-se importante perceber como tais impactos se estendem ao sector hospitalar. Mais concretamente, parece necessário tentar compreender até que ponto tais fenómenos e tendências afectaram a estruturação e a regulação do sector hospitalar, moldando a sua evolução, com particular destaque para Portugal, dada a natureza da investigação proposta nesta tese.

É do domínio comum que o sector hospitalar encerra particularidades diversas, sendo uma área particularmente sensível, do ponto de vista social. Apesar de se pretender uma extrapolação genérica do que foi apresentado no capítulo anterior, é necessário ter atenção a tais particularidades, sendo considerado relevante fazer aqui uma análise acerca da evolução de um sector que é crítico para um bom funcionamento e desempenho de qualquer sociedade e economia. Trata-se, portanto, de uma área do mais elementar domínio de interesse público. Confinantemente, é um domínio tradicionalmente assegurado pelo próprio sector público, seja via institucional ou empresarial. Contudo, desde sempre encerrou desafios de grande magnitude, até porque é uma área que subjuga continuamente qualquer poder instituído a uma “espada de Dâmocles”, condicionada pelo valor atribuível à vida humana, e à sua qualidade intrínseca, mas também crescentemente obrigada a imperativos financeiros, eles próprios (de)crescentemente pendentes sobre a cabeça dos responsáveis pela governação.

É perante este sensível enquadramento, de um frágil equilíbrio entre o inestimável valor e qualidade da vida humana e o custo para a sociedade da qualidade da prestação de cuidados médicos que, adicionadas as tendências e fenómenos já apresentados nesta tese, o sector hospitalar tem tentado encontrar respostas adequadas e equilibradas, não sendo Portugal, obviamente, a excepção neste domínio.

Deste modo, neste capítulo da tese será realizada uma abordagem sobre o Sistema Nacional de Saúde em Portugal, onde se dará a conhecer a sua perspectiva histórica, bem como se aflorarão outros aspectos relacionados, tais como a evolução a nível da regulamentação/legislação, da estrutura organizacional ou do financiamento.

Em termos de estrutura, este capítulo inicia-se com o enquadramento do sector hospitalar, justificando-se a relevância do estudo, para em seguida se debruçar sobre a evolução do Sistema Nacional de Saúde português, sendo este preâmbulo da análise do sector em Portugal, a que se adiciona uma análise dos principais desafios que se colocam à gestão no sector hospitalar. Adiciona-se uma secção que pretende proporcionar um enquadramento internacional, através da análise das principais mudanças internacionais na gestão do sector hospitalar e, que precede os comentários finais do capítulo.

3.2. Enquadramento e relevância do sector hospitalar

Ao longo dos últimos anos, e até das últimas décadas, verificou-se uma crescente preocupação com o desempenho organizacional, originando várias reformas, particularmente relevantes no sector público (*vide e.g.* Johnson e Kaplan, 1987; Neely *et al.*, 1995; Cavaluzzo e Ittner, 2004; Neely, 2005; Agrizzi, 2008; Burtonshaw-Gunn e Salameh, 2009). Evidência diversa revela que existe uma grande preocupação, por parte dos Governos, em medir o desempenho da eficácia e da eficiência mediante a introdução de novas medidas, no sentido de melhorar os serviços públicos (Ganley e Cubbin, 1992; Hood, 1995; Kaplan, 2001; Modell, 2001; Agrizzi, 2008).

O sector da saúde pode ser visto como um sector de actividade com características de organização económica e com princípios de análise partilhados com outras áreas, tendo vários factores que o tornam único em termos de problemas económicos (Ferreira, 2009). Os mercados de prestação de cuidados de saúde podem ser caracterizados por múltiplas imperfeições, factores cruciais que distinguem o sector de saúde dos restantes sectores, sendo a maioria proveniente da incerteza e de assimetria de informação entre os que compram e os que vendem o produto. (Gaynor e Vogt, 2000; Ferreira, 2009).

A verdade é que o direito a cuidados de saúde gratuitos é um direito consagrado em quase toda a Europa, porém, é também um dos que mais pesa nos orçamentos dos Estados. Ora, não havendo ainda receptividade para recuar em termos de direitos nesta matéria, a única alternativa para impedir o crescimento galopante da despesa do Estado com a saúde é de facto tornar o sistema mais eficiente. É com este intuito que nas últimas décadas se têm experimentado as mais diversas reformas no sector (Silva, 2010).

Particularizando o sector da saúde, constata-se que as suas reformas têm sido um dos tópicos mais importantes debatidos nos últimos anos, não só em países muitos desenvolvidos, mas também a nível global (*e.g.* Kruk e Freedman, 2008; Schrecker *et al.*, 2008; Garrett *et al.*, 2009; Davis *et al.*, 2010; McIntyre, 2010). Vejamos, designadamente, o caso do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health Service*, NHS), no qual as organizações, em particular os hospitais, tendem a convergir para um ponto médio, servindo de referência para todo o sistema.⁴ Assim sendo, desde 1998 que os hospitais britânicos são sujeitos a uma política de *benchmarking* de custos. A sua organização interna foi adaptada, admitindo unidades de negócio onde os médicos são, em simultâneo, responsabilizados pelos *inputs* e *outputs* (*vid. e.g.* Mark *et al.*, 1998; Abernethy e Vagnoni, 2004) de forma a consciencializá-los face aos custos (*vid. e.g.* Mark *et al.*, 1998; Kurunmaki, 1999).

Segundo o Relatório Final da Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), na Europa, os sistemas de saúde europeus surgiram à luz de duas grandes bases: a de Bismarck, na Alemanha, nos finais do século XIX, mais propriamente em 1883; e a de Beveridge, no Reino Unido, depois da II Guerra Mundial em 1942. Ambas se apoiaram no princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade. Porém, ao nível dos sistemas de financiamento, e apesar de não existirem sistemas em estado puro, é possível diferenciar o modelo Beveridge que depende essencialmente de imposto, do modelo Bismarck que depende basicamente de seguros.

Assim, os sistemas de seguro social, designadamente os da Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda, inspiram-se no modelo de Bismarck, isto é, na criação de um sistema descentralizado que envolvia trabalhadores das minas, transportes,

⁴ Mais informações acerca do NHS disponíveis em <http://www.nhs.uk>.

construção e indústria, sendo caracterizado por um factor inovador, a exigência de contribuições por parte dos empregadores. Ainda, segundo o mesmo relatório (2007) existem diferentes variáveis deste modelo mas, apesar de todas as diferenças, algumas particularidades mantêm-se comuns aos vários países, cujo sector da saúde se estabelece num seguro social: i) os seguros sociais são de aderência imposta, para quem cumpre os requisitos de cobertura; ii) são suportados por prestações de empregadores e empregados, baseadas no salário e autonomamente do grau de risco de doença individual iii) não asseguram a universalidade do abrigo da população; iv) o Estado suporta as contribuições dos desempregados e de alguns grupos minoritários e com características vulneráveis; v) o Estado estabelece um patamar elementar de benefícios, deixando a recolha das contribuições e a gestão e obtenção de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença, quase públicos, com maior ou menor nível de autonomia. Por sua vez, à luz do modelo de Beveridge, no Reino Unido:

“no início da década de 40, o contrato bismarckiano tinha importantes limitações que resultavam do facto do financiamento da protecção social resultar exclusivamente das contribuições provenientes dos rendimentos do trabalho. Propôs então que o financiamento dos serviços de saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país, e não só a partir das contribuições do trabalho. Assim nasceu o financiamento da saúde a partir do “orçamento geral do Estado”, passando a ser um dos pilares de um Serviço Nacional de Saúde.” (Observatório Nacional de Saúde, 2003:2).

Pode-se dizer que na União Europeia predomina o modelo Beveridge, apesar de existirem diversos países, já mencionados, adeptos do modelo de Bismarck. Harfouche (2008:66), menciona que em muitos países da Europa a crescente discrepância entre recursos e necessidades impulsionou, nos anos oitenta, o desenvolvimento de reformas dos sistemas de saúde, em que a matriz ideológica do modelo Bismarck e do modelo Beveridge, não deixou de estar presente. A estratégia adoptada, em diversos países, foi no sentido da combinação de elementos dos dois modelos, aproveitando incentivos típicos de mercado, com a manutenção da propriedade, pelo sector público.

Na generalidade dos Estados desenvolvidos, nomeadamente, Inglaterra, Finlândia, Alemanha, Espanha, França ou Itália, tem-se assistido, já há alguns anos, a um desenvolvimento na adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras

de cuidados de saúde, tendo em vista assegurar princípios fundamentais na sustentação dos sistemas de saúde: o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados. A legislatura portuguesa actual tem seguido como modelo de acção política a reintrodução de processos de contratualização entre a administração da saúde e as instituições prestadoras de cuidados, que integram o Serviço Nacional de Saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006:35).

Pode-se afirmar que “na Europa, as mais recentes reformas na área da saúde encetadas em diversos países, algumas ainda em curso, focam também a necessidade de contenção de custos e a melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:17).

No caso da Inglaterra, por exemplo, com o propósito de melhorar a eficiência e permitir a livre escolha dos hospitais por parte dos pacientes, foram introduzidas medidas com vista a modificar a forma como é feito o reembolso dos hospitais, de forma a que estes passem a ser feitos através do pagamento ligado à actividade ajustada ao *casemix*, com o recurso ao designado *Diagnosis Related Groups* (DRG) (Boyle, 2008; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009). Na Holanda, em 2006, o pagamento dos profissionais hospitalares passa a ser determinado com base na avaliação dos resultados, que utiliza o sistema de DRG, fazendo com que os hospitais passassem a concorrer tendo por base preços praticados, e o seu financiamento passasse também a ser calculado com base neste sistema de DRG (Klazinga, 2008). Em Janeiro de 2006, surge na Holanda uma reforma da saúde especialmente invulgar, no contexto europeu, *i.e.*, o estabelecimento de algo que se assemelha muito daquilo a que se poderia designar de um “mercado clássico” na gestão financeira e na prestação de cuidados de saúde. Num primeiro patamar, as seguradoras concorrem entre si de forma a angariar clientes, que por sua vez aos escolhê-las “trazem consigo” aquilo que lhes corresponde do seu seguro social e que as seguradoras passam a administrar, mediante um leque de regras definidas à priori; num segundo patamar, os prestadores de cuidados de saúde concorrem entre si para assegurarem contratos com as seguradoras para prestarem cuidados de saúde aos seus segurados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2007:12).

Na Alemanha, desde o princípio de 2008, o Instituto para a Qualidade e a Eficiência local começou a avaliar a relação custo/efectividade dos medicamentos,

obrigando assim ao controlo dos referentes preços de forma a conter os custos e melhorar a eficiência. A partir de 2009, toda a sua população passa a subscrever um seguro de saúde, podendo ser seguro de saúde social ou seguro de saúde privado (Busse, 2008; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:18).

No caso particular de Portugal, verificou-se que as alterações introduzidas seguiram desfasadamente da tendência internacional, anglo-saxónica, como consequência do aumento insustentável dos custos de saúde e do elevado endividamento das muitas instituições deste sector, principalmente hospitais e, obrigando a um esforço, por parte das entidades governamentais, para conter as despesas públicas e exigir um melhor desempenho ao nível da gestão (*vide e.g.* Portal do Governo, 2007). Os principais objectivos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, continuam actualmente condicionados aos objectivos promulgados na sequência da Revolução de Abril de 1974 e constantes na constituição da República Portuguesa, *i.e.*, assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde, tendencialmente de forma gratuita. Na verdade, existem até diversos autores que entendem que a própria constituição do serviço público de prestação de cuidados, datada de 1979, é acompanhada por algum radicalismo político na nossa sociedade, o que conduziu a uma grande politização do SNS, pelo que a defesa de um serviço público de saúde de qualidade, continua até aos nossos dias conotada com determinadas perspectivas e orientações políticas (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008).

Desde 1979, o Sistema de Saúde Português tem sido baseado no SNS cuja estrutura espera promover a equidade, eficiência, qualidade, responsabilidade e descentralização do poder, sendo de salientar que a adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado integrando-se num movimento que abrangeu outros países do sul da Europa, nomeadamente a Itália (1978), a Grécia (1983) e a Espanha (1986) (*vid. e.g.* Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001:38).

Neste contexto, deve reconhecer-se a existência de um conjunto de dificuldades estruturais que deverão ser incorporadas, como dados de partida. Assim, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2001:38):

- “A incipiente cultura de avaliação na administração pública, em geral, e na área da saúde, em particular;

- A quase inexistência de tradição de processos de negociação e de prática da gestão por objectivos;
- O insuficiente desenvolvimento das aptidões exigidas para a condução da contratualização e acompanhamento, por parte da administração em saúde;
- O decorrente défice de aculturação por parte das instituições prestadoras;
- As fragilidades dos sistemas de informação.”.

Para Oliveira e Pinto (2005), as reformas que foram realizadas desde 2002 têm oferecido algum potencial para melhorar a responsabilização e a eficiência. No entanto, o êxito destas reformas apela para certas condições que não parecem ter sido preenchidas. Por sua vez, Diogo (2008), no seu estudo: *The Reform of the NHS in Portugal*, enfatiza as reformas que foram introduzidas desde o início de 2002, argumentando que existem duas lógicas diferentes, embora relacionadas, que presidem à orientação dessas reformas: por um lado, uma lógica explícita que declara as suas causas e motivações como produto do contexto histórico em que o SNS foi criado e seus desenvolvimentos posteriores; por outro, uma lógica implícita, cuja a influência sobre acções do governo não é expressa como tal, ou por não ser percebida, quer por não ser assumida.

De acordo com a visão oficial, conforme o Portal do Governo (2007), a maioria dos Governos centram-se, cada vez mais, em melhorar a gestão hospitalar através de grandes alterações nas políticas de saúde, com a finalidade de atingir o melhor desempenho possível. O peso excessivo e crescente da despesa pública do SNS sustenta a necessidade de ajustar e repensar o conjunto de modelos, métodos, princípios e condições de funcionamento. O sector hospitalar público português é responsável pela principal rede de prestação de serviços de saúde, absorvendo a parte mais importante do financiamento público do SNS e contribuindo com o maior segmento da despesa pública em saúde.

“O programa do XVII Governo Institucional, nomeado em Março de 2005, apresenta, então, um conjunto de objectivos e de medidas assentes no primado do cidadão no sistema de saúde, com pontos indutores de maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Os centros de saúde voltam a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança e há promessas de modernização das suas

instalações e apetrechamento tecnológico. (...) De destacar, o renascimento da contratualização e o início de uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:24).

Em 2007, o Governo português assume que o compromisso da política de saúde é com o SNS, tendo a noção da responsabilidade na sua melhoria e na sua modernização, para que este possa dar resposta às novas realidades sociais e às necessidades urgentes dos cidadãos, principalmente os mais idosos (Portal do Governo, 2007).

Ainda no que se refere à visão governamental (Portal do Governo, 2008), as prioridades no que diz respeito à política da saúde estão alinhadas com este compromisso: em primeiro lugar, a reforma da rede de cuidados primários, com a aposta na organização das Unidades de Saúde Familiar; em segundo lugar, o surgimento de uma resposta específica aos problemas de saúde dos idosos, com a nova rede de cuidados continuados integrados; em terceiro lugar, a gestão rigorosa e equilibrada do SNS, colocando à sua disposição os recursos necessários e modernizando a sua gestão; em quarto lugar, a qualificação da rede hospitalar; em quinto e último lugar, a política do medicamento, nomeadamente a redução dos preços, a promoção dos genéricos, a venda livre de medicamentos não sujeitos a receita médica, a liberalização da propriedade das farmácias e a promoção das farmácias hospitalares.

“O Governo português refere que, ao longo de 2007, se assistiu a uma melhoria assinalável do resultado líquido dos hospitais públicos, bem como a um aumento significativo do número de hospitais com resultados positivos. Salienta também que as 34 instituições que contam com gestão empresarial - EPE - registaram uma melhoria de resultados na ordem dos 114 milhões de euros. O desempenho ficou a dever-se quer a uma subida dos proveitos, quer a um esforço continuado de contenção dos custos, em linha com os objectivos traçados para o exercício em análise. Em 2007, os hospitais EPE registaram um aumento de 2,9% dos proveitos, face ao ano anterior, passando de 3,7 para 3,8 mil milhões de euros” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2008:2).

Em Portugal têm surgido algumas iniciativas que dão corpo ao empreendedorismo no sector público, sendo de referir a criação das, já mencionadas, Unidades de Saúde Familiar (USF) e a emergência de Centros de Responsabilidade (CR) que, de algum modo, configuram a empresarialização de serviços, introduzindo uma filosofia de gestão por objectivos e uma maior racionalidade económica (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

Serrão (2008) faz uma análise muito crítica do estado da saúde, que considera necessitar de profundas mudanças estruturais. Mudanças que, aliás, já propôs ao governo há vários anos atrás: uma informatização global dos serviços de saúde, a mudança do regime de financiamento, processado por um instituto público autónomo, que administraria um fundo nacional para a saúde com base na criação de um seguro público obrigatório e um pacto de regime para o sector entre todas as forças políticas, por entender que, a todos estes níveis, Portugal se encontra muito atrasado. Segundo o mesmo autor, a administração de um hospital deve ser feita por administradores, sendo que “o que se pede a um administrador hospitalar é que ele transforme um hospital num supermercado excelente, onde médicos, enfermeiros e clientes estejam satisfeitiíssimos” (Serrão, 2008:14). Defende, ainda, que os partidos políticos devem reconhecer que a Saúde não é matéria de propaganda e, infelizmente, não identifica nenhuma diferença significativa no SNS, após vários anos; para além disso, o financiamento deveria ser feito por uma entidade financiadora própria que gerisse o referido seguro, tendo como exemplo o caso holandês, em que o seu valor é proporcional ao rendimento das pessoas, salientando que essa solução não estaria a privatizar o SNS, tendo em conta que essa seguradora “vai comprar serviços onde forem melhores e mais baratos, públicos ou privados”. É, ainda, na sua opinião que a saúde não deveria estar dependente do orçamento de Estado, no entanto “é o Estado que tem uma responsabilidade fundamental que é assegurar-se que todos os cidadãos têm acesso a cuidados de saúde independentemente da capacidade para os pagar”. (...) “O SNS está totalmente descapitalizado, a viver de duodécimos e um país só pode ter o serviço público de saúde que possa pagar e não aquele que queira” (Serrão, 2008:19).

De facto, no sector da saúde, quer a criação de um sector público empresarial, quer as parcerias público-privadas para a estruturação de recentes unidades, constituem aspectos críticos. Para a oferta, pois somente após a definição de um cenário de

avaliação se podem estabelecer modelos previsionais para análises de rendibilidade dos capitais e dos recursos; e para o estado regulador, pois somente a criação destes mecanismos de avaliação lhe poderá permitir uma avaliação científica, unívoca e criteriosa da bondade das novas experiências de gestão (Costa e Lopes, 2007).

Segundo o documento do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2009), no início de 2008 foram apresentados, pela equipa ministerial, os principais objectivos: a qualificação do SNS e a devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde, também reconhecem as limitações anteriores, no que diz respeito à renovação atempada do SNS devido a erros de planificação, de infra-estruturas e de formação de recursos humanos. O decreto-lei 28/2008 estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

3.3. Evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal

Até ao aparecimento do Sistema Nacional de Saúde, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.⁵ Foi no ano de 1899, que o Dr. Ricardo Jorge começa a organização dos serviços de saúde pública, com o Decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901, porém esta organização só entra em vigor em 1903, cabendo ao Estado, apenas, a assistência aos pobres.

Em 1946, surge a primeira tentativa de regulamentar o serviço de saúde, com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, estabelecendo princípios para a organização hospitalar, através de um sistema de hierarquia, onde as diferentes unidades de saúde eram tecnicamente organizadas e especificando a forma de intervenção de cada um dos tipos de hospital, lançando assim a base para uma rede hospitalar. Tem início um plano de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias, persiste a necessidade de regulamentação sobre a forma de organização, funcionamento e administração dos hospitais.

⁵ Esta secção foi desenvolvida seguindo a informação disponível em Portal da Saúde (2010).

Em 1963, a Lei n.º 2120, de 19 de Julho, promulga as bases da política de saúde e assistência, conferindo ao Estado a responsabilidade de organização e manutenção dos serviços que não possam ser entregues ao sector privado.

Em 1968, através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968, e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, são criados, respectivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, as carreiras da saúde, nomeadamente dos médicos e, dos enfermeiros, e a administração e as farmácias, são objecto de uniformização. O Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais criaram a “carreira de administração hospitalar”, através da qual se tentou obter uma maior eficiência técnica e social, prevendo a organização e a gestão dos hospitais “em termos de gestão empresarial”. Esta era uma antiga ambição do sistema e dos profissionais de saúde, mas na década de 80 surgem fortes críticas à bondade, à eficiência e aos custos da intervenção do Estado.

Apenas no ano de 1974 surgem as condições políticas e sociais que visam possibilitar a criação do Serviço Nacional de Saúde. Em 1976, é aprovada uma nova Constituição que, no seu artigo 64º, reconhece que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, surgindo assim um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Cabe ao Estado garantir a todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica, os cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como assegurar a cobertura médica de forma racional e eficiente em todo o país.

O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho de 1978, mais popular como “Despacho Arnaut”, estabelece uma antecipação do SNS, tendo em conta que oferece o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva, garantindo a universalidade, a generalidade e a gratuitidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos.

Em 1979, a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, cabendo ao Estado assegurar o direito à protecção da saúde, onde é garantido acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS abarca todos os cuidados

integrados de saúde, contemplando a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, existindo porém, a possibilidade de criação de taxas moderadoras com o objectivo de racionalizar a utilização das prestações. O referido diploma determina que o SNS possui autonomia administrativa e financeira, cuja estrutura é uma organização descentralizada e desconcentrada, abrangendo órgãos centrais, regionais e locais e tendo ao seu dispor serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de serviços prestadores de cuidados diferenciados.

O Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, cria em 1982 as designadas administrações regionais de cuidados de saúde, que substituem as mal sucedidas administrações distritais dos serviços de saúde, criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75.

É em 1990, com a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, que pela primeira vez a protecção da saúde é vista não apenas como um direito, mas também como um dever dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Esta lei advertiu que a administração das unidades de saúde devia obedecer a «regras de gestão empresarial», abrindo o caminho à adopção prática do modelo empresarial na gestão de unidades de saúde e delegou responsabilidades da tutela dos serviços centrais em órgãos desconcentrados a nível regional - as administrações regionais de saúde. Surgem experiências inovadoras de gestão, permitindo elaborar um esboço de regulamentação no Estatuto do SNS que, em 1993, (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) possibilita aos estabelecimentos hospitalares e centros de saúde a gestão privada, autorizando a migração de pessoal do sector público para o privado, sem perder o vínculo.

A primeira experiência inovadora, tendo em conta o conceito de hospital público, foi em 1998, através do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, que estabeleceu a alteração do estatuto jurídico do Hospital de Santa Maria da Feira, dotando-o de entidade “corporativa” e administrativa, autonomia financeira e patrimonial, seguindo as sugestões do referido relatório.

No ano de 1999, o Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI), nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Estes centros estabelecem disposições orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços

e/ou unidades funcionais idênticos, a desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos, visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades, em que o seu objectivo visa o aumento da eficiência e a melhoria da acessibilidade, perante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição.

Em 2002, foi aprovado o novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que introduziu grandes mudanças na Lei de Bases da Saúde. Neste sentido, definiu-se uma nova forma de gestão hospitalar, que se aplica aos estabelecimentos hospitalares que fazem parte da rede de prestação de cuidados de saúde e que se designam pela expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial, ou seja, entidades públicas empresariais.

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários que, assim, para além de continuar a garantir a sua missão de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, passa também a constituir e a assumir-se como um parceiro essencial na promoção da saúde, bem como na prevenção da doença. Ainda, no ano de 2003, através do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, são introduzidas as taxas moderadoras, tendo como objectivos: moderar, racionalizar, e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, fortalecendo o princípio basilar de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. Também em 2003, aparece a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, originando a separação da função do Estado como regulador e supervisor, relativamente às suas funções de operador e de financiador.

No ano de 2006, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, cria a rede Nacional de cuidados continuados integrados, propondo-se dar resposta ao crescente envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

“O envelhecimento populacional é um fenómeno que não é novo na sociedade portuguesa. Cientes deste contexto os responsáveis pela elaboração do Plano Nacional de Saúde traçaram uma panóplia de estratégias genericamente englobadas sob a denominação de envelhecimento activo” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:31). Por sua vez, em 2007, emergem as primeiras unidades de saúde

familiar, dando estrutura à reforma dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, determina o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos.

Em 2008, assiste-se a um importante passo na reforma dos cuidados de saúde primários, com o aparecimento, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, dos agrupamentos de centros de saúde do SNS. O objectivo consiste em proporcionar equilíbrio à organização da prestação de cuidados de saúde primários, possibilitando uma gestão rígida e equilibrada e uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde. No ano de 2009, o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril, reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, relacionando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Existindo a perspectiva de alterar o perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas.

3.4. Sector hospitalar em Portugal

Tendo em conta a situação vivida, ao nível político em Portugal, antes de 1974, com a existência de um poder autoritário por um período de 48 anos, o interesse no estudo científico das políticas do sector da saúde apenas emergiu na segunda metade da década de setenta. De salientar que durante anos, antes e depois da mudança do regime político, em 1974, escassearam os recursos disponíveis no orçamento geral do Estado para financiar a investigação em ciências da saúde. No entanto, nas últimas três décadas, este sector sofreu várias reformas, como mencionado no subcapítulo anterior e foi influenciado por características de descentralização e privatização, especialmente, a partir dos anos noventa. Verificaram-se mudanças reais no ambiente da antiga Administração Pública, no qual a burocracia e os procedimentos eram o mais importante no alcance de objectivos. As restrições fiscais e os constrangimentos no sector público português originaram uma obrigatória melhoria a nível de gestão, surgindo uma grande preocupação com a gestão deste sector, focada em resultados e incentivos. Em Portugal, o estatuto jurídico do hospital público foi um autêntico

impedimento às reformas, as evoluções a este nível tiveram início apenas na segunda metade do século passado.

As recomendações do Relatório da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE) de 1998 evidenciaram a necessidade de se alterar a estrutura de gestão dos estabelecimentos públicos de saúde, aumentando a sua autonomia, a flexibilidade de gestão e a responsabilidade financeira, atribuindo-lhes, nomeadamente aos hospitais, o estatuto de empresas públicas.

No ano de 2000, a situação da grande maioria dos hospitais públicos portugueses era caracterizada como pesadamente ineficiente, com baixa produtividade, com reduzida responsabilidade social, com excesso, escassez ou desajustamento de oferta, com procura fortemente induzida, orientada e controlada pelos prestadores, pelo elevado ritmo de crescimento dos encargos anuais em despesas correntes, com uma qualidade nem sempre satisfatória e direcções de qualidade desigual, flutuando ao sabor da conjuntura política (Campos, 2000).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 definiu, com algum pormenor, as regras a que deveria obedecer a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares, em entidades públicas empresariais (EPE), pelo que uma maior proximidade com a natureza dos serviços, cuja natureza se intenta transformar, não prejudicava a que na devida altura se pudesse vir a recorrer ao modelo de sociedade comercial de capitais públicos.

O ano de 2002 foi determinante, sendo aprovado um regime jurídico da gestão hospitalar, anexo à Lei n.º 27/2002, que modificou a Lei de Bases da Saúde, de 1990, no qual a rede de prestação de cuidados de saúde passou a integrar vários modelos de hospitais: hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais sociedade anónima (SA), clínicas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas (mediante contrato de gestão) e hospitais em parcerias público-privadas (Campos, 2003; Macedo, 2008:2). No ano seguinte, com a mudança de Governo, 34 hospitais do SNS foram transformados em sociedades anónimas, dando lugar a 31 hospitais SA (Macedo, 2008:2).

Quanto aos hospitais SA, no final de 2002 foram nomeados os primeiros dirigentes instruídos para a regulação das novas entidades jurídicas. Foi, então, alterada a ideia de que não é possível fazer mudanças no sector hospitalar, reunindo todos os

agentes em sentido convergente e visando ganhos de eficiência, num curto espaço de tempo. Para Ribeiro (2004:65) “os hospitais SA são um meio (instrumento), e não fim, para obter maior eficiência (objectivo) na afectação dos recursos e na gestão da capacidade existente na rede pública de prestação de cuidados”.

“Os hospitais SA constituíram-se como um poderoso catalisador da reforma estrutural do sector hospitalar português (modelo de financiamento, avaliação de mérito no desempenho) e um incubador de novas ideias e experiências (*benchmarking* sistemático, inovação na gestão da lista de inscritos para cirurgia).” (Ribeiro, 2004:65).

Porém, essa transformação de 34 hospitais em hospitais SA foi uma decisão de certa forma brusca, originando turbulência no sector, tanto a nível externo como interno. Não era conhecido o motivo que justificou tal opção e desconhecia-se, também, o motivo da opção de não replicar as modalidades de gestão inovadoras já experimentadas, e que até vigoravam, relativamente às quais já havia evidência de obtenção de bons resultados. Por outro lado, convém referir o lado positivo da mudança, explícito no cuidado que o governo teve no acompanhamento da opção SA, criando uma unidade de missão, de forma a apoiar todo o processo de transformação e atenuar possíveis constrangimentos no modelo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

“No ano de 2003, nos hospitais SA permanecia uma grande conflitualidade laboral, originando greves de vários sectores profissionais” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:53). No que diz respeito aos hospitais do sector público administrativo (SPA), e durante os anos 2002 e 2004, verificou-se um forte desinvestimento do Ministério a vários níveis. Existia a clara noção de que o sector SPA, apesar de ser constituído pela maioria dos hospitais, era um sector residual, originando a existência de dois sistemas com ritmos diferentes. No SPA não havia difusão de inovação, não se replicaram as experiências dos hospitais SA, não foram introduzidas estruturas de auxílio e acompanhamento do tipo unidade de missão e o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) não se assumiu como tal. Ainda assim, se comparados, por exemplo, em termos de produção, não se verificaram diferenças significativas entre os hospitais SPA e os SA (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

Segundo Ribeiro (2004), no primeiro ano de actividade verificou-se um aumento significativo de eficiência, reduzindo-se 5,8% nos custos unitários, consequência de um

aumento de produção e de uma contenção dos custos operacionais. Do conjunto de esforços desenvolvidos, resultou uma melhoria no acesso e no nível de qualidade de serviço, originando futuros ganhos no sector. No ano seguinte, com alteração no Governo, 34 hospitais do SNS tinham sido transformados em sociedades anónimas, originando 31 hospitais SA. Para além disso, sabe-se que em 2004 Portugal estava equipado com 206 hospitais, dos quais 92 privados, 376 centros de saúde, dos quais 66 com internamento e 1940 extensões de centros de saúde.

Relativamente à sustentabilidade financeira dos hospitais SA, surgem evidências no sentido de que estes hospitais não estavam a corresponder às expectativas, visto que no exercício de 2003 existia uma derrapagem com prejuízos, sendo superiores aos do ano 2001, além de não existir um efeito real sobre o volume de receitas próprias. O resultado líquido negativo em 2003 fixar-se-ia nos 400 milhões de euros, duplicando o resultado líquido, que já era negativo, verificado em 2001, ano anterior à empresarialização (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

Nos hospitais SPA, o saldo financeiro do exercício anunciou valores negativos em 2006, sendo que, em 2005 já se tinha verificado o valor positivo de cerca de 51 M€, justificado, em grande parte, pela descida das transferências correntes. Relativamente ao saldo financeiro acumulado, que apresentava em 2005 valores negativos, agravou-se em 31%, em 2006 (-978 M€). Nos hospitais SPA, tanto os saldos financeiros de exercício como os acumulados mantiveram-se negativos em, respectivamente, 522 M€ e 504 M€ (Tribunal de Contas, 2007). Ainda em Dezembro de 2006, os créditos a receber pelas entidades do SNS totalizavam 1.740 M€, representando um decréscimo de 1% face a 2005. Os grupos de entidades com maior volume de créditos a receber em 2006 foram os hospitais EPE (1.083 M€) e os Hospitais SPA (3686 M€). Verifica-se também que o montante dos créditos a receber em 2006 é inferior ao valor das dívidas a pagar a fornecedores (Tribunal de Contas, 2007).

Durante 2007, continua o alargamento do estatuto EPE a mais sete hospitais e centros hospitalares, sendo reafirmado que este é o estatuto que melhor se adequa à gestão dos hospitais, por partilhar independência da gestão com dependência da tutela governamental (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

“Existe cada vez mais a necessidade de se reconfigurar a rede de serviços do SNS partindo, entre outros, de três dados fundamentais: novas necessidades,

expectativas e tecnologias em saúde; um envelhecimento demográfico; e um profundo melhoramento dos eixos, gerando novas acessibilidades.” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006:53). Da intervenção do Ministério da Saúde nesta área, fica, apesar de tudo, a questão de saber se estamos perante um processo de reestruturação integrada da rede de cuidados, envolvendo portanto o mapear coerente e integrado das diversas valências na carta hospitalar, ou se esta é uma intervenção desgarrada de uma concepção mais global dessa rede de serviços. Importa perguntar se a análise deve ser feita no sentido das necessidades em saúde, rede de serviços e especialidades, ou se o foco vai no sentido das especialidades, rede de serviços e necessidades em saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006).

No que se refere às despesas do sector público hospitalar, os Relatórios de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE) revelam que a correlação entre as despesas de saúde e o Produto Interno Bruto (PIB) confirmam a importância deste sector na Economia. Segundo a OCDE (www.oecd.org), o total das despesas de saúde no conjunto de Estados que integram esta organização cresceram em cada ano, entre 1990 e 2004, mais 2% que o PIB desses mesmos países. Em 2005, as despesas de saúde representavam um peso médio de 9%, e se a tendência permanecer, a previsão para 2020 poderá representar 16% do PIB. Em Portugal, em 1990, as despesas de saúde representavam 6,5% do PIB e, em 2004, ascendiam a 10% desse mesmo PIB. Existem estimativas que a despesa total com a saúde esteja já próxima dos 11% do PIB.

Em 1980, as despesas com o sector da saúde em Portugal estavam aquém da média, quer da União Europeia (UE), quer dos países da OCDE. No entanto, em 2006 verifica-se, que as mesmas despesas, no nosso país são superiores a estas duas médias (OCDE, 2009). Segundo os dados da OCDE (2009), em 1980 a despesa total deste sector, em Portugal, foi de 5,6% do Produto Interno Bruto, menor que a média da União Europeia, que era de 7%, porém, em 2006, a despesa total em saúde, em Portugal, situou-se nos 9,9% do PIB, taxa superior à média da União Europeia, que era de 9,2% e à média dos países da OCDE, que era de 8,9%.

Em Portugal, entre 1990 e 2005, os gastos com a saúde aumentaram de 5,6% para 10,2% do PIB, registando-se um pequeno decréscimo em 2006, último ano com estatísticas disponíveis na OCDE (www.oecd.org), em que as despesas de saúde representavam 9,9%. Comparativamente, observa-se que o aumento dos gastos de saúde

em Portugal é superior ao valor médio da UE15 (8,9%) e da OCDE. Refere-se ainda que, no sector público, se verificou um aumento dos gastos com a saúde no PIB: subiu de 3,6% para 7,4%; por sua vez, no sector privado, esses gastos aumentaram de 2% para 2,8% (OCDE, 2007).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2006), no ano de 2003 a despesa pública representou 73% da despesa total com a saúde, correspondendo a 9.238,9 milhões de euros, sendo que, nesse mesmo ano, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi responsável por mais de metade da despesa total em saúde, enquanto que as famílias, por seu lado, suportaram 21% dessa despesa. Nesse mesmo ano, 6% foram financiados pelos subsistemas públicos de saúde e os restantes agentes financiadores privados asseguraram cerca de 6,3%, nomeadamente, as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias, os subsistemas de saúde privados e os seguros. Existe a percepção das transformações relevantes na organização das despesas directas no sector da saúde, nomeadamente: a descida do peso dos medicamentos, de 63,8% para 48%, do peso total; o peso das despesas com serviços médicos, enfermeiros, paramédicos e outros aumentou de 25,1% para 35,7%; o peso dos seguros de saúde passou, por sua vez, de 0,2% para 1,1% das despesas directas e, desde 2000, têm continuado a crescer de forma expressiva.

O Estado não consegue, sem ter dificuldade, fazer face à totalidade ou a grande parte dos gastos em cuidados de saúde, dado tratar-se de um sector onde o aumento de encargos é constante e onde as necessidades excedem sempre os recursos. Estima-se que o orçamento neste sector tenha aumentado cinco vezes nos últimos 15 anos, situando-se em 2006 nos 7,8 mil milhões de Euros. Em 2004 e 2005 a despesa com o SNS cresceu 6,3% e 5,3%, respectivamente, segundo a última estimativa de execução financeira divulgada pelo IGIF (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006).

Em Portugal, embora a oferta da prestação de cuidados de saúde a nível nacional continue a ser assegurada, predominantemente, pelo SNS, tem-se assistido a fortes mudanças, verificando-se o Estado a recuar, enquanto a iniciativa privada tenta avançar. As entidades privadas apostam cada vez mais para o mercado da saúde, em alternativa ao polémico encerramento de unidades de saúde públicas, ou em consequência do aumento dos utentes com seguro. Assim, no que diz respeito ao sector hospitalar, mas de carácter privado, a associação portuguesa de hospitalização privada (2010) refere que

está a conquistar terreno face ao Serviço Nacional de Saúde. Em Portugal, actualmente, os hospitais e clínicas privados já fazem mais de metade das consultas e um quarto do total dos internamentos do Serviço Nacional de Saúde. A justificação, segundo a mesma associação, para esta evasão aos serviços públicos hospitalares está relacionada com um incremento do recurso aos seguros de saúde, assegurando que recorrem a estes, nos dias de hoje, mais de dois milhões de pessoas, representando um quinto da população portuguesa. Neste sentido, o sector privado hospitalar já assegura mais de metade do total das consultas realizadas em Portugal, 25% dos internamentos, assegura 25% da capacidade cirúrgica e garante 5% dos serviços de urgência, para além de assegurar 15% das cinco mil camas hospitalares.

De acordo com a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007:3), “o mercado de seguros voluntário tem registado uma expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS. Este é um sector lucrativo, com um nível substancial de concentração, que não tem revelado interesse em segurar as populações com maior nível de risco, nem em oferecer extensivamente produtos para cobertura integral e alternativa ao SNS.

São quatro os grandes grupos privados do sector da saúde: José de Mello Saúde; Espírito Santo Saúde; Grupo Português de Saúde; e Hospitais Privados de Portugal, os três primeiros detém 70% do mercado. Os operadores privados asseguram 19 unidades hospitalares e para além de fornecerem serviços a clientes que pagam directamente pelos serviços recebidos, celebraram importantes acordos com os principais subsistemas e seguradoras (Simões e Silva, 2009).

Segundo os mesmos autores, o sector privado na área da saúde tem vindo a assumir, cada vez mais, um papel de complementaridade face ao SNS, além de abranger áreas que não são cobertas pelo mesmo, visto que, embora contrariando o princípio da generalidade, assegura maioritariamente áreas importantes, como por exemplo, a medicina dentária.

Relativamente ao peso respeitante do financiamento e despesa públicos e privados, de acordo com a conta satélite da saúde, verifica-se que, em 2004, 28% da despesa total era gerada por prestação privada, financiada pelas famílias. A parte de prestação privada financiada pelo SNS é, também, bastante expressiva, sendo disto exemplos a dispensa de medicamentos em ambulatório, a hemodiálise e diversos meios

complementares de diagnóstico e terapêutica (INE, 2006).

3.5. Principais desafios na gestão do sector hospitalar em Portugal

Numa primeira instância, deve existir especial atenção às abordagens demasiado empresariais para serviços públicos que foram privatizados e administrados de acordo com princípios empresariais, com o objectivo de melhorar o seu funcionamento, até porque a adopção de abordagens empresariais deve reconhecer os valores do sector público (Stewart e Walsh, 1992). De realçar que serviços fulcrais, tais como a saúde, a educação, a segurança, entre outros, devem ser avaliados de uma forma mais complexa e não, apenas, através de objectivos mensuráveis.

Existem diversos argumentos fundamentais que são frequentemente referidos, de forma a justificar uma mudança de administração de serviços públicos, para uma gestão privada (*inter alia* vide v.g. documentação diversa disponível na *Reason Foundation*, em <http://reason.org>). Tais argumentos incluem a poupança de custos, através da redução dos custos dos serviços governamentais; o aumento da qualidade, através da melhoria da qualidade dos serviços governamentais; a necessidade de pessoal qualificado, que frequentemente não está disponível ou interessado no sector público; e, finalmente, a flexibilidade, pois pretende-se dinamizar o sector público que é tradicionalmente resistente à mudança (e.g. Nighingale e Pindus, 1987; Savas, 1987; Donahue, 1989; UG. General Accounting Office, 1997; Blank, 1999; Winston *et al.*, 2002).

A reforma relativa à eficiência do sector público, não passou ao lado da saúde, particularmente, do hospital público, onde assumiu objectivos e modos específicos, passando pelas “reformas de gestão”, “reformas de financiamento” e pelas “reformas de organizacionais”, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios e também pelo recurso às parcerias público- privadas (Tradewell, 1998; Reis, 2004).

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal, contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos de gestão (Jacobs, 1974).

Na última década, admite-se que o sector hospitalar português não teve um bom desempenho, quer em termos de eficiência, responsabilização ou contenção de custos. Com as alterações introduzidas e respeitando as capacidades e os interesses legítimos dos seus profissionais, foi atribuída a este sector uma maior autonomia e uma maior responsabilidade, incentivando a uma melhor produtividade e qualidade (Cruz e Major, 2007). Conceptualmente, apenas existe um bom desempenho no caso de se verificar a realização simultânea de três perspectivas: eficácia, eficiência e desempenho financeiro.

Existe uma grande discussão sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, onde são debatidas qualidade e eficiência dos serviços prestados e formas de financiamento das organizações de saúde (*e.g.* Donabedian, 1985; Costa, 1990; Butler, 1995). No entanto, estas questões decorrem do conhecimento e da discussão sobre uma questão central - a definição e a medição da produção hospitalar (Costa e Lopes, 2007). Dificuldade na avaliação de desempenho no sector hospitalar referem-se a aspectos associados à proliferação de perspectivas e de agentes, à existência de uma dupla linha de autoridade e à especificidade na garantia da qualidade dos cuidados prestados. Porém, embora tendo patentes as dificuldades conceptuais e operacionais para a sua avaliação, torna-se cada vez mais necessário desenvolver modelos para a sua concretização. Esta afirmação é válida para qualquer dos agentes associados ao mercado da saúde (Costa e Lopes, 2007).

Simões (2004) efectuou um estudo onde é questionado o modelo tradicional de hospital público existente até 2002, no que diz respeito a atributos como economia, eficácia, eficiência, equidade e qualidade, e testa a hipótese de saber se os modelos inovadores de gestão poderiam melhorar o desempenho dos hospitais em alguns ou em todos esses atributos. Comparou o desempenho de três hospitais, com diferentes modelos jurídicos: o hospital de S. Teotónio, que utilizava um modelo de instituto público, baseado no direito público e, em particular, no direito administrativo; o hospital Fernando da Fonseca, que era dirigido desde 1996 por uma empresa privada, por delegação do Estado; e finalmente, o hospital de S. Sebastião, que evidenciava o modelo de “empresarialização” de hospitais, iniciado em 1998, como forma mínima de privatização que, apesar de não reduzir ao Estado a responsabilização da prestação do serviço público, submete-o a regras, principalmente privadas. No seu estudo, confirmou a tese que inicialmente pretendia demonstrar, *i.e.*, a de que os modelos inovadores

permitem melhorar o desempenho em alguns daqueles atributos, e de que, por sua vez, o modelo tradicional de hospital público não satisfaz o paradigma de serviço público em relação aos mesmos.

A empresarialização dos hospitais portugueses públicos tem vindo a alongar-se gradualmente a todo o sector. De acordo com a própria visão governamental, mais especificamente do XVII Governo Constitucional da República Portuguesa (Portal do Governo, 2007), a actuação dos consecutivos Governos tem sido pautada por um grande envolvimento no processo, através da comunicação dos objectivos aos conselhos de administração, da reorganização das estruturas centrais do Ministério da Saúde e da redefinição das suas funções, e da criação de mecanismos de *benchmarking* entre os hospitais. “Com a extinção da Unidade de Missão verificou-se uma diminuição da pressão exercida pelo Ministério da Saúde sobre os conselhos de administração dos hospitais: as reuniões passaram a ser espaçadas e o *tableau de bord* mensal foi substituído pela publicação online dos contrato-programas, dos relatórios anuais da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) de acompanhamento da actividade dos hospitais e dos relatórios e contas” (Macedo, 2008:105). A Unidade Missão para os hospitais SA. foi um organismo de tutela que observou parte das funções das Administrações Regionais de Saúde e acompanhou de forma muito estreita a evolução da actuação e dos resultados dos hospitais-empresa, utilizando a metodologia de “grupos piloto” para envolver os hospitais na discussão de questões sensíveis.

“Os hospitais sofreram uma forte pressão originando que as prioridades dos conselhos de administração estivessem fortemente condicionadas pela agenda da Unidade de Missão, nomeadamente na conformidade com um conjunto de programas críticos e com o lançamento de alicerces para a implementação de sistemas de incentivos aos profissionais, porém, posteriormente o fim da Unidade de Missão impôs o fim destas mesmas iniciativas.” (Macedo, 2008:105).

Costa e Lopes (2007) analisaram questões sobre a eficácia da prestação de cuidados de saúde em hospitais, com o objectivo de definir e colocar em funcionamento um modelo de avaliação da prestação deste tipo de cuidados, com uma amostra constituída por hospitais públicos portugueses, entre 2003 e 2005.

As parcerias público-privadas apresentam um novo conceito de gestão pública, com vista à realização de infra-estruturas e de prestação de serviços públicos, numa perspectiva de otimizar as performances dos sectores públicos-privados (*vid. e.g.* Tradewell, 1998). Em Portugal, no âmbito do SNS, estas parcerias surgem como um novo mecanismo de provisão e contratação da prestação de cuidados públicos de saúde, incluindo, quer os cuidados diferenciados e especializados a nível hospitalar, quer os cuidados primários e continuados de saúde.

Tal como noutros países europeus, os sucessivos Governos em Portugal procuram desenvolver iniciativas reformistas, tendo em vista conferir maior eficiência, autonomia e responsabilidade às unidades hospitalares, com o propósito mais amplo de melhorar a performance do universo dos hospitais públicos, quer na óptica de obtenção de ganhos acrescidos de saúde, quer na perspectiva da melhor utilização dos fundos atribuídos ao sector, controlando o crescimento dos gastos públicos (Simões, 2004).

Em Portugal, este aspecto deve assumir cada vez maior relevo, tanto no que se refere à cultura organizacional emergente, da qual a avaliação das escolas e dos hospitais empresarializados constituem um bom exemplo, como, essencialmente na atenção dada às reformas a decorrer no sector da saúde, em que as alterações ao modelo de gestão hospitalar surgem como aspectos de partida. De salientar também os aspectos decorrentes das maiores exigências ao nível da responsabilização e da *accountability* dos hospitais, pelo que se pode concluir que a avaliação dos resultados constitui um novo desafio à actividade reguladora do Estado (Costa e Lopes, 2007).

Apesar da urgência de implementação de mecanismos e de métodos que avaliem o sistema e o processo das organizações do sector hospitalar, argumenta-se que a avaliação de resultados estabelece um factor decisório, partindo-se do princípio que os hospitais que evidenciem melhores resultados têm que apresentar bons desempenhos.

No nosso país as despesas de saúde são cada vez mais elevadas, face à riqueza que é gerada, este crescimento na despesa deve-se, principalmente, ao ritmo das despesas públicas em saúde. Barros (2007) afirma que esses últimos dois anos, de quase estagnação da despesa pública em saúde, em termos nominais, foram uma excepção à tendência histórica, considerando ainda cedo para saber se ocorreu uma alteração estrutural na dinâmica de crescimento ou se foi apenas uma situação conjuntural de

eliminação de ineficiências (desperdícios de recursos) que permitiu esse menor crescimento, e uma vez esgotada a capacidade de reduzir ineficiências se regressará ao ritmo histórico.

Podem-se construir algumas visões relativas aos anos de 2005 e 2006, nomeadamente, observou-se uma significativa redução do tempo médio de internamento o que, conseqüentemente, traduz uma diminuição no “preço” da saúde. Para Barros (2007), um preço é definido, em termos económicos, pela escassez. No caso da saúde, por qual o esforço necessário para se acrescentar mais uma unidade de saúde.

Para Barros (2005), existe uma importante triangulação entre: saúde das populações; financiamento dos hospitais e a fármaco-economia e medicamentos em ambiente hospitalar, devendo-se perceber a sua interligação. A primeira ideia em Portugal é a falta de fundos que conduz a insuficientes cuidados, levando, naturalmente, a um pior estado de saúde da população. Para além disso, existem outros aspectos, nomeadamente: o hospital ineficiente e os sistemas de pagamento que podem levar a maior ou menor eficiência do hospital. O que de mais importante se passou em Portugal foi a introdução dos *Diagnostic Related Group* (DRH) e os orçamentos que, se respeitados, possuem fortes efeitos de incentivo à eficiência, o que em sua opinião, parecia o caminho certo.

No entanto, percebeu-se que a prática inverteu a teoria, assim: os orçamentos eram insuficientes estabelecendo um ponto de partida para negociação de reforços ao longo do ano; critérios para esses reforços nunca foram definidos; e o surgimento da ideia que dar a quem mais precisa, tem mais défice, ou seja, uma mina de incentivos para boa gestão. O problema não está em ser orçamento ou contrato programa, mas sim, está na credibilidade de se dar mais dinheiro se houver défice, surgindo a questão. Como evitar, uma vez que não será aceitável encerrar hospitais? Premiar a boa gestão?, penalizar a má?, - mas quem é realmente o decisor crucial? (Barros, 2005)

Pode-se, então, concluir que o sector da saúde atravessa um processo de mudança contínuo, caracterizado pelas alterações estruturais e funcionamento das suas instituições, destacando-se: transformação dos hospitais SPA em Entidades Públicas Empresariais (EPE); tentativa de agregação dos hospitais em centros hospitalares; construção de novas unidades hospitalares, em regime de parcerias público-privadas;

empresarialização da gestão hospitalar; reestruturação e requalificação da rede de urgências; esforço de redução das listas de espera; pagamento de taxas moderadoras para internamento e cirurgia; crescente articulação dos hospitais com os centros de saúde; construção de uma rede nacional de cuidados continuados e criação de uma comissão para a sustentabilidade do financiamento do SNS.

3.6. Principais mudanças internacionais na gestão do sector hospitalar

Os países ocidentais tentaram implementar novas reformas, a fim de introduzirem novas exigências no domínio do sector público. Este movimento denominado "Nova Gestão Pública", na década de 80, transmite a inserção de ideias originais do sector privado na perspectiva de melhoria do desempenho. Segundo o mesmo autor, as principais manifestações desta mudança são: a intenção de racionalização dos processos; e o aumento do número de indicadores e da responsabilização dos intervenientes em matéria de resultados. Neste contexto, as organizações, actores e, mais precisamente, profissionais, vêm o seu papel ampliado para as actividades, porém, esta transformação não é fácil e, na verdade, os efeitos negativos, como a insatisfação no emprego e os conflitos têm um papel preponderante (Ganglff, 2009)

Para Martensson (2007), a questão de saúde, ou problemas de saúde, é uma preocupação crescente nos países europeus. A autora tenta, de forma crítica, reflectir sobre perspectivas e ambiguidades do sector da saúde, discutindo-o sob três perspectivas diferentes: no plano da sociedade, da organização e do indivíduo. O seu ponto de partida é o controlo contabilístico e de gestão relacionado com horizonte e avaliações da saúde, que são destacados como parte do controlo de gestão.

As organizações criam disposições formais, porque estas são consideradas adaptadas, lógicas e fundamentais no seio da sociedade a que pertencem, ainda que possam gerar despesas dispensáveis e correspondam a custos, sob o ponto de vista da eficiência (Meyer e Rowan, 1977).

Como já foi referido, a partir da década de 80, as reformas verificadas no sector público e, particularmente, nos sistemas de saúde dos países ocidentais, conhecidas por *New Public Management*, tiveram presente preocupações com a disposição interna do

poder e a conquista dos profissionais de saúde, especialmente médicos, de forma a garantir o seu êxito, porém as consequências não foram análogas em todos os países.

O caso particular do Sistema Nacional de Saúde britânico (*National Health System*) é um bom exemplo de como as organizações e, no caso particular, os hospitais tendem a concentrar-se num ponto médio, que ajuda a determinar o ponto de referência para todo o sistema. O Governo deste país introduziu em 1998, o *National Reference Costing Exercise*, fazendo com que os hospitais britânicos ficassem sujeitos a uma política de *benchmarking* de custos, apresentando a eficiência de um hospital, referente aos seus custos através de um único número. Para Llewellyn e Northcott (2005), quando um hospital alcança um resultado superior ao indicado como média, significa que os seus custos se encontram acima dessa mesma média. Por sua vez um resultado inferior significa uma maior eficiência no consumo de recursos. Segundo os mesmos autores, a discrepância verificada dos custos das actividades clínicas supostamente semelhantes, era muito elevada, levando o governo britânico a tentar atenuar essa diferença apostando numa política que visasse os hospitais com médias consideradas “boas”, ou seja, consumidores de recursos inferiores e de mais simples controlo.

As organizações públicas, ou que dependem de fundos públicos, nomeadamente os hospitais, têm como hábito a utilização de orçamentos. Na Finlândia, Hyvonen e Jarvinen (2006) apresentaram um estudo relativo ao impacto da introdução dos *Contract Based Budgets* (CBB), um modelo análogo aos “contratos programas” utilizados em Portugal, como via prospectiva de financiamento da actividade hospitalar, chegando à conclusão que não se verificou a transformação revolucionária anunciada, mas apenas uma assimilação das novas regras adaptadas às anteriores. Para além disso o estudo, também, analisou a conduta dos diferentes actores e a forma como reagiram às novas exigências, adaptando-as aos seus interesses. Assim, o que se considerava uma mudança radical revelou-se, apenas, num processo que originou um comprometimento entre novas regras e antigas.

No caso da Finlândia, verificou-se que os hospitais inflacionavam os orçamentos em termos de custos, antecipando cortes, e os financiadores antecipavam o inflacionamento, introduzindo cortes. Quanto aos proveitos, eram subestimados no contrato firmado entre os hospitais e as câmaras. Esta situação desresponsabilizava os gestores dos hospitais, quando chegassem a uma altura do ano em que o *deficit* exigisse

um reforço adicional (e.g. Hyvonen e Jarvinen, 2006; Macedo, 2008). Assim os orçamentos tornaram-se num mero jogo, cujas regras são do conhecimento de todas as partes, segundo Hyvonen e Jarvinen (2006). Os gestores dos hospitais estavam em permanente contacto com os responsáveis pelo financiamento nas autarquias (entidades financiadoras), estando informados sobre o momento e o valor dos financiamentos adicionais.

Em Espanha, as reformas na Administração Pública, ao longo das últimas décadas, tiveram um impacto especial na prestação de cuidados de saúde. Numerosas iniciativas foram aprovadas, nomeadamente, permitir aos doentes escolher o hospital onde querem receber tratamento médico, sendo o principal objectivo desta política introduzir mecanismos de concorrência, a fim de melhorar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis, reduzindo os tempos de espera e elevando, simultaneamente, os níveis de qualidade do serviço prestado.

Um estudo elaborado em Espanha por Lacalle (2007) analisa se é possível a introdução da concorrência entre hospitais públicos, com base nas diferentes percepções dos doentes sobre qualidade no atendimento hospitalar. A satisfação dos pacientes torna-se um importante indicador de desempenho dos cuidados de saúde, avaliando a qualidade técnica prestada pelo *Servicio Andaluz de Salud*. O autor analisa a implementação da política de liberdade de escolha, obtendo resultados que sugerem que a diferença de qualidade, ou a satisfação do doente, são importantes, mas não elementos suficientes para introduzir a concorrência entre hospitais públicos. No entanto, a opinião dos doentes é uma forma de melhorar a qualidade nos hospitais públicos e a divulgação dessa informação é uma forma de responsabilização.

Segundo Aptel e Pourjalali (2001) e Aptel *et al.* (2008), nas últimas décadas vários factores levaram a uma maior atenção para os problemas de saúde na maior parte dos países: o rápido crescimento dos custos dos cuidados de saúde no sector público e privado é, provavelmente, a principal razão; o envelhecimento da população; uma maior procura de serviços de cuidados de saúde; um aumento dos custos; a falta de profissionais; as novas tecnologias e as novas drogas vão continuar a conduzir a um aumento nos custos deste tipo de cuidados.

Estes autores efectuaram um trabalho de investigação relativo às diferenças de gestão da cadeia de abastecimento entre grandes hospitais nos Estados Unidos da América e na França, dado que a logística da cadeia de fornecimento e de gestão foram consideradas aspectos importantes na gestão hospitalar. O estudo explora as possíveis razões para as diferenças entre hospitais nos dois países, diferenças essas que são consideradas variáveis, nomeadamente: o grau de responsabilidade dada à logística em relação a itens como aquisição, fornecimento físico, recebimentos, inventário de gestão, distribuição interna de departamentos médicos, sistemas de informação e de gestão; a forma de distribuição de suprimentos; a quantidade ou o volume de medicamentos distribuídos; o grau de parcerias entre os hospitais e com os seus fornecedores; e os esforços dos serviços da logística na melhoria da cadeia de fornecimento e de gestão para a melhoria.

Antes da introdução de *Diagnostic Related Grouping* (DRG) em 1983, os hospitais centravam-se, principalmente, na maximização das receitas, em vez do controlo de custos. Nos EUA a Medicare e a Medicaid pagavam aos hospitais através de um custo de reembolso base, significando que custos mais elevados originavam maiores receitas.

Nesta comparação é importante analisar a logística, as práticas contabilísticas e os sistemas de informação, como forma de controlar os custos. O objectivo do estudo é apresentar a ideia de funções logísticas, de contabilidade e de sistemas de informação na França e nos Estados Unidos, visto que esses Estados têm diferentes sistemas económico-sociais e consequentemente diferentes sistemas de cuidados de saúde e de contabilidade.

Com base no estudo de Aptel *et al.* (2008) Pomberg (2009) elaborou um trabalho através da análise das funções de logística dos hospitais no Vietname, em especial, visando aferir: se têm melhorado e/ou pretendem melhorar essas mesmas actividades; se têm diminuído os custos; e como têm tentado implementar sistemas de contabilidade para melhorar a eficiência, esperando que o nível de mudança tenha sido maior nos últimos anos. Com base no levantamento de dados de 60 hospitais em Hanói e províncias circundantes, os resultados demonstraram que existem parcerias entre hospitais e fornecedores de bens e serviços e com outros hospitais. Também sugerem que os hospitais pretendem aumentar alianças para melhorarem a sua eficiência e

reduzirem os custos. Assim, os comportamentos de grandes hospitais de Hanói mostraram, nos seus relatórios de actividades de logística, que são muito semelhantes aos seus homólogos de França e Estados Unidos da América, não nos parecendo que a realidade dos hospitais portugueses seja muito diferente, dada a “globalização” das práticas médicas e da gestão a nível internacional.

3.7. Comentários finais

Conforme abordado ao longo do capítulo, verifica-se que a crescente preocupação com o desempenho organizacional, registada nos últimos anos, tem induzido diversas transformações e até resultado em várias reformas profundas, que são de particular interesse no sector público, registando-se também a crescente preocupação por parte dos governos em apurar o desempenho da eficácia e da eficiência mediante a introdução de novas medidas, no sentido de melhorar os serviços públicos (*e.g.* Kaplan, 2001; Agrizzi, 2008).

Apesar de se ter em consideração que o sector da saúde é crucial para a sociedade e para o tecido empresarial, sendo por isso tradicionalmente colocado sob cuidada alçada e tutela governamental, a realidade é que se trata de um sector de actividade com características específicas de organização económica e com princípios partilhados com outras áreas. Tem, também, vários factores que o tornam bastante complexo, apresentando questões únicas do ponto de vista económico-financeiro, colocando os responsáveis maiores pelo bom funcionamento do sector, eles próprios, sob uma espécie de “dupla” espada de Dâmocles: a necessidade de prestar um serviço de saúde de qualidade, eficaz, mas também com elevado nível de eficiência, de modo a não sobrecarregar a sociedade e os contribuintes. Trata-se de um desafio de grande magnitude, não só devido à importância qualitativa de *per si* do sector, bem como da importância quantitativa, dados os montantes financeiros que envolve, mas também porque os mercados de prestação de cuidados de saúde são caracterizados por múltiplas imperfeições, factores cruciais que distinguem o sector de saúde dos restantes. A maioria são provenientes da incerteza e de assimetria de informação entre os que compram e os que vendem o produto (Gaynor *et al.*, 2000; Ferreira, 2009).

Adicionalmente, desde a década de oitenta, que as reformas desenvolvidas no âmbito da *New Public Management* têm vindo a ser popularizadas, acrescendo aos desafios que o sector público já enfrentava, novamente, uma crescente desregulação e um acréscimo de liberalização dos mercados. De facto, esta nova visão da gestão pública acaba por impelir diversos sectores e organizações públicas para uma lógica de gestão privada mesclada com a defesa do interesse público, o que é naturalmente desafiante, até pelos conflitos de interesse que acarreta. Apesar das dificuldades, esta visão não apenas tem vindo a expandir-se, como se tem revelado de elevada implementação no sector hospitalar a nível internacional, como é o caso paradigmático do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), já desde 1998 sob a alçada do *National Reference Costing Exercise*, implicando os hospitais britânicos numa política de *benchmarking* de custos e apresentando a eficiência relativa a um hospital referente aos seus custos através de um único número, o que incrementa também a *accountability* do sector.

As diversas reformas ocorridas nos últimos anos no sector hospitalar público português são tão-somente de menosprezar. Desde a primeira experiência inovadora em 1998, com a dotação de autonomia financeira e patrimonial a um hospital público, ou a criação de centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde em 1999, até à instituição de modelos de gestão hospitalar de tipo empresarial, ou seja, hospitais como entidades públicas empresariais em 2002, ou mesmo a criação de agrupamentos de centros de saúde do SNS em 2008. Enfim, um SNS português que ao invés de surgir estagnado, flui um laboratório rico em experiências, ainda que nem sempre bem sucedidas, pelo menos ao nível da implementação, porquanto algumas das novas medidas acabam por submergir reformas conduzidas anteriormente.

Um sector e um “laboratório” que não tem saído económico. Por exemplo, entre 1990 e 2005 os gastos com a saúde aumentaram, de 5,6%, para 10,2% do PIB português. Também se observa que o aumento dos gastos de saúde em Portugal é superior ao valor médio da UE15 (8,9%) e da OCDE. Para além de que é no sector público que se regista o aumento mais substancial dos gastos com a saúde no PIB: subiu de 3,6% para 7,4%; enquanto que no sector privado esses gastos aumentaram de 2% para 2,8% (OCDE, 2007). Tal tendência sugere que, ou o sector público aumenta os seus níveis de eficiência, ou poderá estar condenado a ser suplantado pelo sector hospitalar privado.

De facto, para além da análise dos efeitos evolutivos no SNS e nos hospitais públicos em Portugal, acresce o interesse do estado actual do sector hospitalar, do ponto de vista global, em que diversas entidades hospitalares privadas parecem não só estarem a emergir, como também a consolidarem-se. A Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (2010) refere que está a conquistar terreno face ao Serviço Nacional de Saúde, assinalando, que actualmente em Portugal, os hospitais e clínicas privados já fazem mais de metade das consultas e um quarto do total dos internamentos do SNS. Justificam a evasão aos serviços públicos hospitalares com um incremento do recurso aos seguros de saúde, assegurando que mais de dois milhões de pessoas, um quinto da população portuguesa, já beneficiam dos seus serviços.

Em resumo, o sector hospitalar português apresenta-se como um “campo de experiências e batalhas” da maior pertinência do ponto de vista da análise e estudo, sob diversas vertentes, desde evolutivas, como a inovação, até dicotómicas, como a confrontação do funcionamento do sector hospitalar privado *versus* público.

Capítulo IV: Metodologia de Investigação

4.1. Introdução

Neste capítulo apresenta-se a metodologia empregue na parte quantitativa desta tese, que pretende sustentar genericamente a examinação das práticas da contabilidade de gestão no sector hospitalar em Portugal.

Tendo em conta a falta de conhecimento sobre o sector da saúde a investigadora, uma *outside researcher*, começou por utilizar o método de análise de documentos, nomeadamente: os artigos publicados na Revista Portuguesa de Saúde Pública; os *sites* da ACSS; os vários relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde; o Observatório Português de Saúde e Entidade Reguladora da Saúde; o Portal do Governo e o Portal da Saúde; os diversos Relatórios de Avaliação do Tribunal de Contas e da Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas; entre outra documentação. Posteriormente procedeu a uma extensiva revisão da literatura, particularmente focada em revistas internacionais e artigos publicados em congressos sobre as áreas de interesse para a elaboração desta tese.

O processo de investigação foi dinâmico, exigindo uma inevitável actualização da revisão da literatura, de modo a ajustar às necessidades do processo de construção do modelo de análise. Adicionalmente, em termos metodológicos, houve a percepção sempre presente, por parte da investigadora, que todas as técnicas de recolha de dados e informação, passíveis de serem utilizadas, deveriam ser adaptadas e redefinidas, sempre que se justificasse.

Na sequência da realização, nos capítulos anteriores, da revisão da literatura, particularmente focada nos desenvolvimentos recentes da investigação e das práticas de contabilidade e controlo de gestão, e da caracterização do sistema hospitalar em Portugal, que conheceu desenvolvimentos diversos e significativos nas últimas décadas, procede-se neste capítulo à assumpção ontológica e à definição do âmbito do estudo, bem como à elaboração das questões fundamentais de investigação, procedendo-se em seguida à definição metodológica, que inclui o desenho do questionário utilizado nesta tese.

Finalmente, apresentam-se neste capítulo as principais variáveis construídas para o modelo de análise: inovação de serviço, autonomia estrutural, política de bónus e formação, sistemas de contabilidade de gestão e controlo orçamental, sistemas de mensuração de desempenho, e resultados organizacionais; bem como a respectiva métrica utilizada no estudo empírico de índole quantitativo.

4.2. Ontologia

Antes da apresentação das metodologias utilizadas nesta tese, discute-se primeiramente a visão ontológica da mesma. Ontologia, do grego “do conhecimento do ser”, trata do conhecimento da natureza da realidade e é uma vertente filosófica comumente utilizada para a definição da natureza intrínseca do fenómeno a ser examinado (Hopper e Powell, 1985). Deste modo, a posição ontológica serve para a subsequente assumpção da visão da abordagem adoptada para o estudo da natureza humana e da realidade, que é crítica no âmbito da investigação nas ciências sociais.

A temática do estudo das organizações hospitalares pode ser desenvolvida diferentemente a partir de diversos prismas. De facto, diferentes aproximações ontológicas estão disponíveis, permitindo assim o uso de diferentes perspectivas de investigação, como se apresenta mais adiante.

Do ponto de vista da teoria contabilística, também existem diversas formas de identificação teórica e de validação científica (*e.g.* American Accounting Association, 1971), apresentando Hendriksen e van Breda (1992), por exemplo, a seguinte classificação teórica para a contabilidade: linguagem, raciocínio e escrita. Como linguagem pode ser estudada de modo pragmático, centrada no efeito da linguagem; de modo semântico, focada no significado da linguagem; e também de modo sintáctico, *i.e.*, debruçada sobre a lógica da linguagem. Como raciocínio, pode ser classificada como dedutiva, em que a argumentação é construída a partir do geral para o particular, ou indutiva, *i.e.*, vice-versa. Finalmente, em termos de escrita, pode ser descritiva, do tipo de investigação positiva; ou prescritiva, *i.e.*, discursiva, frequentemente denominada como descritiva ou normativa.

É evidente que não é simples rotular um determinado modo de investigação com base em categorias de definição estanques, impermeáveis. Por exemplo, enquanto que as teorias indutivas são comumente consideradas positivas, dado que o raciocínio indutivo se baseia frequentemente na experimentação, sendo normalmente considerado empírico, as teorias dedutivas são normalmente consideradas descritivas. Neste sentido, pode-se considerar a teoria contabilística utilizada nesta tese como empírica, uma vez que foram recolhidos dados de forma a induzir, *i.e.*, inferir resultados para o universo hospitalar, via extrapolação. No entanto, atribui-se importância idêntica nesta tese ao estudo do particular, sem preocupações necessariamente indutivas, pelo que, em termos gerais, as teorias utilizadas incluem raciocínios tanto indutivos como dedutivos.

Em termos de validação teórica, ou seja, no que diz respeito à aceitação pela comunidade e do suporte lógico de uma determinada teoria, Hendriksen e van Breda (1992) referem que as teorias prescritivas são verificadas pelo julgamento da razoabilidade dos seus pressupostos, enquanto que as teorias descritivas podem ser verificadas consoante tenham, ou não, um pendor empírico. As do tipo sintático, que não incluem parte empírica, poderão ser validadas simplesmente pela lógica, enquanto que as descritivas que têm uma componente empírica, tal como a teoria pragmática, pode ser validada tanto pela sua utilidade, como pela sua verdade.

Também será de interesse salientar o papel da dialéctica para o florescimento das ciências sociais, que se desenvolveram bastante a partir da dinâmica das contradições reflectidas na lógica Hegeliana (1822), tese, antítese e síntese, suportada na dialéctica de Kant (1781). À medida que as teorias descritivas se foram desenvolvendo, também se desenvolveram paralelamente os modos de teste e validação teórica, permitindo a verificação tanto a partir de testes como a partir de um determinado número de repetições. Caso uma teoria não possua qualquer valor preditivo, ou se forem detectados enviesamentos significativos, ela não será verificada, pelo que, em última instância, ela poderá ser refutada (Popper, 1963). Contudo, também será de ressaltar que a temática da validação teórica não é consensual entre os investigadores (*vide e.g.* Hendriksen e van Breda, 1992). Nesta tese também se reflectem preocupações com a verificação teórica, havendo para este efeito não só preocupação com a escolha das teorias, já consagradas na literatura, mas também com a utilização de métodos estatísticos e de raciocínios, para concretizar os modos de validação possíveis.

Em termos de abordagem teórica, destacam-se aqui, entre outras, as abordagens não funcionais, suportadas por diversas teorias e modelos, tais como a teoria estrutural, de que é exemplo o modelo desenvolvido por Burns e Scapens (2000), ou a teoria institucional que realiza uma abordagem a partir do estudo do estabelecimento das relações de poder no âmbito organizacional; e as teorias contingencial e económica que, ao contrário das anteriores, adoptam uma aproximação funcionalista, em que se argumenta que a mudança nos sistemas de gestão e controlo será motivada pela avaliação racional do *trade off* global entre custos e benefícios consequentes.

Do ponto de vista da abordagem institucional, as organizações são consideradas como sujeitas a pressões internas, da iniciativa da própria organização, ou exercidas pelo exterior, nomeadamente devido a efeitos que derivam de alterações na regulação e que resultam da acção governamental ou de classes profissionais relacionadas que as entronizam e legitimam, resultando no isomorfismo com o ambiente institucional, não preservando a identidade das organizações, mas também melhorando as perspectivas de sucesso e continuidade (*e.g.* Zucker, 1987).

No âmbito da teoria institucional, são comumente considerados três tipos de isomorfismos: coercivos, miméticos e normativos (*vide e.g.* DiMaggio e Powell, 1983, 1991). O isomorfismo coercivo advém das questões da legitimidade e da interferência externa, política; o mimético decorre da necessidade de confrontar a incerteza, da procura pela captura de padrões e tendências; e o normativo resulta da acção das organizações profissionais e dos respectivos profissionais (DiMaggio e Powell, 1983). De acordo com Macedo (2008), os hospitais, para além destas pressões coercivas, passaram, também, a ser sujeitos a pressões miméticas, induzidas pelo *benchmarking* e pela vontade de constar nos melhores lugares dos *rankings* elaborados pela Unidade Missão.⁶ Ainda, segundo o estudo de Macedo (2008:106), relativo à realidade portuguesa, constata-se que:

“Os conselhos de administração dos hospitais com gestão empresarial atraíram profissionais de outros sectores, sem contacto anterior com a saúde,

⁶ Verifica-se, no caso dos hospitais, uma subordinação a vários órgãos ou organismos de tutela, nomeadamente, o ministro da saúde, os secretários de estado, a Direcção-Geral da Saúde, a Administração Regional de Saúde e a Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P. *i.e.* os hospitais SA estavam ainda dependentes da Unidade de Missão para os Hospitais SA, entretanto extinta mas explicada no subcapítulo designado Sector Hospitalar em Portugal.

formados em economia ou gestão e com um nível etário inferior aquele que era habitual nos hospitais SPA, e uma das formas que estes novos actores encontraram para se tornarem competitivos foi a de procurarem ver como actuavam os colegas de outros hospitais para replicarem as experiências de sucesso.”.

Segundo o mesmo autor, decorreram várias reuniões que ajudaram na troca de opiniões e possíveis soluções de problemas comuns a todos estes profissionais, tentando assim mimetizar processos.

Sem prejuízo da relevância e utilidade de outras abordagens, nesta tese adopta-se primeiramente o paradigma funcionalista, consubstanciado na abordagem contingencial. Contudo, esta tomada de posição ontológica não significa que outras teorias e visões não estejam também contempladas nesta investigação, até porque surgem implicitamente e explicitamente em diversas teorias utilizadas nesta tese. Na realidade, esta tese suporta-se numa dupla visão paradigmática pois, para além da abordagem funcionalista, também se adoptou o paradigma interpretativo, como se discutirá mais adiante.

Tendo presente a importância da abordagem contingencial, importa agora focar sobre a examinação da mesma. Retornando à abordagem funcionalista, referida anteriormente, ela baseia-se no fundamento de que as organizações necessitam de se adaptar à dinâmica da envolvente, e por isso são sensíveis à mudança. Poder-se-á argumentar que o enquadramento contingencial terá as suas raízes mais profundas em várias teorias anteriores centradas no impacto da envolvente e da dinâmica empresarial na estrutura organizacional, desenvolvidas por diversos autores, tais como Burns e Stalker (1961), Lawrence e Lorsch (1967), Thompson (1967), Perrow (1970) ou Galbraith (1973), conduzindo posteriormente a sistematizações teóricas diversas, tal como a realizada por Otley (1980).

No seguimento da estruturação dessas e de outras teorias, diversos autores construíram, ou contribuíram, para o desenvolvimento da abordagem contingencial através de elaborações mais teóricas, ou da sua utilização em diversos estudos de índole empírica ou de análise (*e.g.* Lorsch e Morse, 1974; Bruns e Waterhouse, 1975; Hayes, 1977; Merchant 1981; Schoonhoven, 1981; Hambrick, 1983; Drazin e Van de Ven,

1985; Merchant, 1985; Van de Ven e Drazin, 1985; Govindarajan, 1986a, 1986b, 1988; Gupta e Govindarajan, 1986; Chenhall e Morris, 1993; Dunk, 1993; Smith, 1993; Guilding, 1999; Davila, 2000; Emsley, 2000; Van der Stede, 2000; Abernethy e Lillis, 2001), recomendando-se a consulta do trabalho de revisão de literatura de Chenhall (2003), para uma visão categorizada dos contributos.

No âmbito da abordagem contingencial, será expectável que as organizações procurem um ajustamento adequado entre os sistemas de contabilidade e controlo de gestão e o meio envolvente, pois um desajustamento poderá conduzir a uma penalização por parte das forças de mercado (Macintosh e Quattrone, 2010). Concorrentemente, a teoria contingencial argumenta que um bom ajustamento será da maior utilidade, pois contribuirá para um aumento do desempenho, pelo que as organizações tendencialmente adoptarão os sistemas de contabilidade e controlo de gestão que melhor se ajustem à própria organização (Macintosh e Quattrone, 2010).

A eficácia organizacional não é alcançável seguindo um único modelo organizacional, *i.e.* não existe uma forma “única” e “melhor” para organizar no sentido de se alcançarem os diversos objectivos das organizações, tendo em conta que estas estão inseridas dentro de um ambiente totalmente variável e dinâmico (*e.g.* Auzair e Langfield-Smith, 2005). Assim, neste sentido a teoria contingencial sugere que os aspectos normativos devem ser substituídos pelo ajustamento, constante, entre cada organização e o seu meio ambiente e a tecnologia, originando um deslocamento do centro de atenção para fora da organização. No que respeita à investigação sobre sistemas de controlo de gestão, existem vários estudos que tentaram explicar a eficácia dos SCG (Management Control Systems ou Sistemas de Controlo de Gestão) contemplando aspectos que melhor se adequam à natureza do ambiente, tecnologia, tamanho, estrutura, estratégia e cultura nacional (Chenhall, 2003). Segundo esta teoria, as variáveis de desempenho são função da correcta adaptação entre as práticas de gestão definidas de forma abrangente, incluindo aquelas que estão relacionadas com a concepção e a implementação dos sistemas de contabilidade de gestão, e os factores contingenciais (*vide e.g.* Luthans e Stewart, 1977; Fisher, 1995).

Adicionalmente, no sector da saúde, a concepção dos SCG dependerá de factores ambientais e organizacionais (Hill, 2000). Factores como a dimensão, as funções a desempenhar e as condições de concorrência são consideráveis num estudo realizado

por Pizzini (2006), o qual se debruçou na relação entre algumas características dos sistemas de contabilidade de custos utilizados numa amostra composta por 277 hospitais dos Estados Unidos, tendo encontrado evidência da existência de uma correlação positiva entre a relevância da informação sobre custos e a capacidade dos seus sistemas em fornecer informações mais detalhadas, em classificar os custos de acordo com o seu comportamento e em relatar a informação de forma mais frequente (Pizzini, 2006). Entre outros estudos que utilizaram uma abordagem contingencial, valerá a pena salientar o desenvolvido por Auzair e Langfield-Smith (2005), que se debruça sobre o efeito de diversas variáveis, nomeadamente tipo de processos de serviço, estratégias de negócios e fase do ciclo de vida organizacional, nos sistemas de controlo de gestão ao nível dos serviços. De acordo com estes autores, tendo presente que os SCG podem ser apresentados como um contínuo de controlo que pode ter como extremos desde organizações muito burocráticas até muito pouco burocráticas, poder-se-iam caracterizar as primeiras como orientadas para a acção, formais, restritas, rígidas e impessoais, enquanto que, pelo contrário, as segundas poder-se-iam assumir orientadas para os resultados, sendo informais, abrangentes, flexíveis e interpessoais. O estudo de Auzair e Langfield-Smith (2005), centrado na concepção dos SCG nas organizações prestadoras de serviços, nas quais, naturalmente, se inserem as organizações hospitalares, adopta uma abordagem contingencial para a gestão. Este tipo de abordagem, também comumente referenciada como abordagem situacional, assume, conforme referido anteriormente, a inexistência de uma resposta universal para as questões relacionadas com a gestão, devido à dinâmica que envolve as organizações, as pessoas, entre outras situações (Auzair e Langfield-Smith, 2005). Consequentemente, Auzair e Langfield-Smith (2005) concluem que, no âmbito de uma abordagem contingencial, a actuação correcta dependerá da avaliação da complexa variedade de um conjunto fundamental de contingências internas e externas, *i.e.*, da envolvente.

Deste modo, a noção de ajustamento organizacional, entre a estratégia, a estrutura organizacional e o processo de gestão, surge como fundamental (*e.g.* Miles e Snow, 1992; Fisher, 1998), pelo que um adequado ajustamento será crítico para a obtenção de sucesso organizacional, estando conotado um fraco ajustamento com a situação inversa (Abernethy e Lillis, 2001). Finalmente, também é importante salientar que a abordagem contingencial tem vindo a enfrentar algumas críticas desde os anos oitenta (Chenhall, 2003), nomeadamente devido a limitações identificadas em estudos

que adoptaram este tipo de abordagem, que essencialmente se baseiam na assumption da racionalidade generalizada dos indivíduos, não explorando o estudo das particularidades individuais dos mesmos, e se orientam para o estudo dos objectivos de maximização da utilidade, comumente direccionados para lógicas de mercado (*e.g.* Otley, 1980; Otley e Wilkinson, 1988; Moores e Chenhall, 1994; Fisher, 1995, 1998; Covaleski *et al.* 1996; Chapman, 1997; Chenhall, 2003; Hoque, 2006; Wickramasinghe e Alawattage, 2007). Contudo, qualquer abordagem ou teoria relevante também estará sujeita a crítica, pelo que tal pode ser considerado normal. Tal como as demais, a teoria contingencial está assente nos seus próprios méritos, e o seu reconhecimento advém da sua ampla aplicação na literatura, a qual já foi referida parcialmente nesta tese.

A abordagem funcionalista serve os propósitos desta tese, na medida em que permite a recolha e tratamento de evidência que permitirá uma examinação quantitativa quanto a questões e hipóteses de investigação. A respectiva modelização está suportada por literatura diversa que também utiliza a teoria contingencial, como é o caso da investigação realizada por Abernethy e Lillis (2001). Também o enquadramento teórico assenta em literatura diversa que frequentemente assenta neste tipo de abordagem. Portanto, tendo presente estes factos, a utilização de uma abordagem contingencial, de índole quantitativa, positivista, parece apropriada.

No entanto, nesta tese a abordagem não é meramente contingencial, pois será combinada com a utilização de um outro paradigma, interpretativista, consubstanciado no desenvolvimento de estudos de caso.

Já nos anos oitenta, Otley criticava a literatura baseada exclusivamente no tipo de abordagem contingencial, expondo as suas limitações, nomeadamente quanto à incapacidade de relacionar as interações identificadas, por este tipo de estudos, com os impactos efectivos nas organizações (*e.g.* Otley, 1980). Deste modo, Otley inicia uma “campanha” para a promoção de uma abordagem interpretativista, de índole qualitativa, bem representada pela abordagem inerente à realização dos estudos de caso (Ryan *et al.*, 2002).

Chua (1986) refere-se à importância do paradigma “alternativo” do interpretativismo, traçando as suas origens filosóficas germânicas desde a dialéctica hegeliana, até às aproximações mais recentes de Schütz, que enfatiza o papel da

linguagem, compreensão e interpretação nas ciências sociais, apresentadas em diversos volumes da sua série de “*Collected Papers*” (1962, 1964, 1966, 1967). Esta ênfase no paradigma alternativo interpretativista, observado conjuntamente com a abordagem crítica, seria acompanhada por diversos autores notáveis, como é o caso de Scapens (*e.g.* 1994, 2006).

Naturalmente que a óptica da investigação difere, em virtude da natureza de cada paradigma. Tal como referem Baxter e Chua (2003), o paradigma contingencial está mais direccionado para a análise das práticas e técnicas conducentes à gestão eficiente e efectiva das organizações, enquanto que o paradigma interpretativista está focado na teorização e interpretação de tais práticas.

À luz de tais abordagens, nesta tese procede-se primeiramente à realização de um estudo quantitativo, que será posteriormente complementado por um estudo qualitativo. Deste modo proceder-se-á à triangulação destas linhas distintas de investigação. Tal procedimento baseia-se numa ontologia e fenomenologia desenvolvida para múltiplas realidades, construída a partir de diversos contributos, com particular destaque para as ciências sociais e para Schutz (1962, 1964, 1966, 1967). A triangulação é muito utilizada actualmente, sendo até reconhecida como recomendável (Hopper, 2005), dado poder mitigar as insuficiências intrínsecas das abordagens por via da complementaridade.

4.3. Âmbito e questões de investigação

Conforme já discutido anteriormente nesta tese, no contexto de rápidas mudanças, tanto na natureza como na extensão da concorrência mundial, temos assistido a uma génese de uma grande evolução organizacional. A prevalência de estratégias centradas na inovação e na flexibilidade, o crescimento da importância de conhecimentos e competências em relação a outros activos, o desenvolvimento de estruturas descritas em termos de equipas auto-geridas ou trabalhar em grupos com autonomia e a concepção de gestão estratégica entre os sistemas de controlo são mudanças facilmente observáveis (Abernethy e Lillis, 2001). Esta realidade tem sido discutida em literatura diversa. Na literatura de gestão consideraram-se projectos compreensivos em termos de

organizações, compreendendo parâmetros de apoio à inovação e flexibilidade e, num nível mais micro, incluindo o estudo da gestão de estruturas baseadas em redes, equipas ou grupos de trabalho autónomos.

Abernethy e Lillis (2001) referem que a literatura em contabilidade examinou a influência das novas estratégias nos desenhos dos sistemas de controlo, quer a nível empírico (Daniel e Reitsperger, 1991; Abernethy e Lillis, 1995; Ittner e Larcker, 1995, 1997), quer normativamente (Nanni *et al.*, 1992; Simons, 1995; Kaplan e Norton, 1996). Esta literatura também tem dedicado atenção quanto à avaliação da eficácia na alteração das estruturas de gestão e dos sistemas de controlo nas organizações onde os trabalhadores tenham consideráveis níveis de autonomia (Preston *et al.*, 1992; Abernethy e Chua, 1996; Scott e Tiessen, 1999; Abernethy e Lillis, 2001).

O objectivo da investigação de Abernethy e Lillis (2001) foi desenvolver um modelo e analisar empiricamente a interdependência entre a estratégia, a estrutura de gestão interna e os sistemas de avaliação de desempenho. O estudo foi realizado utilizando os dados recolhidos a partir de hospitais públicos na Austrália. A amostra tinha suficiente diversidade, orientações estratégicas, arranjos estruturais e sistema de medição de desempenho para testar o modelo proposto, à semelhança do sector hospitalar no Canadá, no Reino Unido e noutros países europeus.

No entanto, na sequência do enquadramento desenvolvido nos capítulos anteriores, relembra-se aqui que o âmbito da investigação se encontra circunscrito à realidade do sector hospitalar em Portugal, não deixando, porém, de se estar interessado na comparação com outras realidades internacionais, em termos de análise evolutiva.

Em termos de propósito, a investigação tem por objectivo apreender quais as práticas de gestão, de contabilidade e de controlo de gestão mais utilizadas nos hospitais portugueses, públicos e privados, bem como conhecer as dificuldades sentidas e as razões que explicam essa utilização. Pretende-se, ainda, perceber como essas mesmas práticas estão a ser utilizadas e compreender a interpretação das pessoas que as utilizam.

Neste contexto, a investigação procura responder às seguintes questões de investigação fundamentais:

- Quais as práticas de gestão, de contabilidade e de controlo de gestão mais utilizadas nos hospitais portugueses e de que modo tais práticas podem contribuir para a obtenção de resultados organizacionais, no âmbito da possível adopção de atitudes inovadoras; e

- Como os sistemas de controlo de gestão e as políticas de incentivos e formação estão a ser utilizados nos hospitais portugueses, bem como qual a interpretação que as pessoas que os utilizam fazem deles, também no âmbito da avaliação e obtenção de possíveis resultados organizacionais;

às quais se tentará dar resposta através da realização de um estudo quantitativo, materializado com um inquérito, e de um estudo qualitativo, consubstanciado com estudos de caso, respectivamente.

Deste modo, procede-se seguidamente à apresentação das hipóteses alvo de estudo nesta tese, que são acompanhadas pela discussão das principais teorias e racionais que as suportam.

4.4. Desenho do questionário e metodologia

A elaboração do questionário teve por base toda a revisão da literatura efectuada e mais concretamente a relativa às práticas dos sistemas de contabilidade de gestão e controlo, quer no sector da saúde quer em outros sectores. Como ponto de partida foram utilizados vários artigos e investigações académicas, porém os considerados mais importantes foram os de Govindarajan (1988) e de Abernethy e Lillis (2001).

A estrutura do questionário tem duas secções: a primeira, diz respeito à organização da unidade hospitalar abordando-a como um todo; a segunda refere-se à informação para a gestão incidindo sobre questões mais específicas, nomeadamente utilização, relevância, princípios, satisfação e contribuição para o desempenho global das técnicas de contabilidade de gestão e controlo (*vide* anexo A).

A utilização de métodos quantitativos é apropriada quando o objectivo do estudo é, por exemplo, analisar a aplicabilidade de uma ou mais teorias, fazer inferências relativas a relações entre variáveis ou estudar diversas variáveis. São métodos que

estudam uma realidade única e contextualizada e em que se assegura a independência entre o objecto de estudo e o investigador, ou seja, existe um elevado grau de imparcialidade e uma possibilidade de generalização de resultados.

A primeira parte da metodologia adoptada foi a análise de um modelo que é constituído por: desenvolvimento teórico das hipóteses de investigação devidamente fundamentadas, conforme já apresentado nesta tese; selecção da população, neste caso, hospitais públicos e privados portugueses; elaboração de um questionário seguindo pistas da revisão da literatura, acrescido de questões que a investigadora achou pertinentes para a análise das hipóteses modelizadas; e pelos instrumentos estatísticos adequados.

O questionário foi enviado para o universo dos hospitais públicos e privados, em Portugal, entendendo-se que para este tipo de investigação foi adequado o universo, apesar de todos os constrangimentos de cariz prático, quer em termos de custos e de tempo, direccionado aos directores financeiros. No âmbito da investigação, a população referida terá que corresponder aos profissionais do sector da saúde que sejam testemunhas relevantes, ou seja, interlocutores válidos que, pela sua posição, acção, ou responsabilidades tenham conhecimento do problema (Quivy e Campenhoudt, 1998). A amostra utilizada, por exemplo, no estudo de Abernethy e Lillis (2001), foi a escolha dos *chief executive officer* (CEO) e dos directores clínicos, num total de 149 hospitais públicos australianos.

A escolha da pessoa da organização para preenchimento de tal questionário, como já referido, recaiu sobre os directores financeiros, admitindo que são estes que estão em melhor posição para responder, quer pelo seu saber, sensibilidade, conhecimento, envolvimento e pela sua concreta participação na utilização das práticas de gestão, de contabilidade e controlo de gestão, quer pela capacidade de interpretação da utilização das mesmas e eventuais mudanças. Contudo, e utilizando o conceito de mudança de Lapsley e Pettigrew (1994) que, no seu estudo, chamam à atenção de que a mera adopção de novas práticas de contabilidade de gestão não garante por si só o sucesso sustentável da organização, entende-se que este procedimento poderá não ser suficiente, pelo que os alvos da inquirição serão estendidos a níveis hierárquicos inferiores, mas apenas aquando da realização dos estudos de caso, que aprofundarão diversos aspectos do estudo quantitativo.

Relativamente a todo o processo de envio dos questionários para o universo dos hospitais, a investigadora procedeu da seguinte forma:

- (i) Numa primeira fase, fez um primeiro contacto telefónico para todos os hospitais, a solicitar o nome do seu director financeiro;
- (ii) Na segunda fase, enviou uma carta via correio, juntamente com o questionário e um envelope pré pago, direccionado com os dados da investigadora, para todos os hospitais, ao cuidado do director financeiro, cujo nome foi obtido na fase anterior. Nessa carta referiu-se o principal objectivo, salientou-se a importância da obtenção das respostas para o sucesso da investigação e assegurou-se a garantia de confidencialidade. A cada questionário foi atribuído um número, como meio de controlar a identificação dos hospitais que não respondessem;
- (iii) Numa terceira fase, passados dois meses, todos os hospitais dos quais não se havia ainda obtido resposta, foram contactados via telefone, solicitando-se, mais uma vez, o preenchimento aos respectivos directores financeiros, sendo que nesta fase grande parte deles solicitaram o seu reenvio via *internet* por email;
- (iv) Na quarta fase, passado um mês da fase anterior, foi enviada uma carta de insistência, via correio, com o mesmo questionário, a todos os hospitais cujas respostas não tinham sido obtidas, apesar das tentativas anteriores, com todo o processo a decorrer de forma similar à segunda fase;
- (v) Numa quinta fase e passados três meses da fase anterior, a investigadora efectuou contacto telefónico de modo a falar com todos os directores financeiros dos hospitais dos quais, ainda, não tinha obtido resposta;
- (vi) Finalmente e passado um mês, a investigadora efectuou exactamente o mesmo procedimento da fase anterior, sendo esta a sua última tentativa de obter as respostas. Como resultado de todos estes procedimentos, direccionados a um total de 105 organizações, obtiveram-se 49 respostas válidas.

O questionário elaborado e enviado, com a extensão de 8 páginas (ver Anexo A), mencionou o contacto electrónico e telefónico da investigadora para esclarecimento de possíveis dúvidas ou questões. Existiu uma grande preocupação em ser breve e objectivo com questões directas e claras, tudo isto no sentido de obter informações, generalizar resultados e testar as hipóteses modelizadas relativas à utilização, relevância, princípios, satisfação e contribuição para o desempenho global das técnicas de gestão, de contabilidade de gestão e controlo. Para além disso, tentar obter dados importantes dos directores financeiros nomeadamente: elaboração de orçamentos, utilização de controlo orçamental, desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e controlo nos hospitais em Portugal.

Nesta fase, deve ser realçada a importância em reconhecer as limitações do processo de investigação, intrínsecas a qualquer pesquisa similar, sendo a maior limitação deste estudo a utilização do questionário para a recolha da informação, visto este não se preocupar necessariamente em facultar informações do tipo “como” ou “porquê”, nem sequer poder garantir a percepção integral referente à existência de factores externos que possam eventualmente contribuir para a descrição e explicação das práticas estudadas. No entanto, há que ter a noção que o principal objectivo desta primeira fase da investigação é a compreensão do padrão da população e a análise e ligação de relações, e não propriamente a explicação ou a identificação das causas.

Contudo, com a elaboração da segunda parte do processo de investigação, a análise qualitativa com os dois estudos de caso esta limitação de propositadamente será, expectavelmente, colmatada. O tipo investigação qualitativa possui uma grande capacidade para conceber argumentos sobre a forma como as realidades ocorrem em contextos particulares, existindo riqueza, profundidade, diversidade, multi-dimensionalidade e contexto (Mason, 2002). Pretende dar sentido aos acontecimentos, proporcionar um contributo para um melhor conhecimento das práticas nas organizações, especialmente quando a investigação se inicia com perguntas: “porquê” ou “como” (Yin, 1994, 2003), devendo utilizar múltiplas fontes de dados para fornecer uma análise rica do fenómeno a ser estudado. É objectivo fundamental nesta investigação, através da aplicação de uma metodologia de triangulação, mitigar as limitações relativas à utilização de ambos os métodos de modo individual.

4.5. Construção e métrica das variáveis

Com suporte em métodos de testes experimentais, ou em instrumentos desenvolvidos e utilizados anteriormente noutros estudos, nesta secção descrevem-se as variáveis utilizadas nesta tese. A preparação dos questionários foi precedida de entrevistas-piloto com especialistas na área do sector hospitalar, nomeadamente envolvendo desde médicos e auxiliares médicos até administradores responsáveis pela gestão hospitalar, isto é, foram feitas entrevistas exploratórias a elementos e responsáveis de unidades clínicas, bem como aos responsáveis pela gestão hospitalar. De seguida passa-se à descrição teórica e à apresentação da métrica adoptada para cada variável utilizada no modelo teórico sujeito a teste nesta tese.

Em termos de métrica, a generalidade das questões foram preparadas de modo “fechado”, utilizando uma escala de Likert de 7 níveis, com diferentes graus qualitativos de apreciação, conforme se poderá consultar no Anexo A. Mais especificamente, apenas foi elaborada uma questão em formato “aberto” com a possibilidade de introduzir comentários. Todo o *feedback* recebido dos respondentes está reproduzido nesta tese.

4.5.1. Inovação de serviço

À imagem de Abernethy e Lillis (2001), nesta tese é utilizada a tipologia estratégica estruturada por Miles e Snow (1978), com o objectivo de examinar até que ponto determinada organização hospitalar foi ao encontro das necessidades de mercado, ou aproveitou as oportunidade proporcionadas no âmbito deste sector através da realização de alterações no leque de serviço oferecidos, sendo esta tipologia intuitivamente atractiva, uma vez que o desenvolvimento e a adopção da inovação de serviços está directamente relacionada com a descrição de um prospector. A adopção desta tipologia estratégica também é vantajosa dada a sua utilização massiva, pois para além de já ter sido testada quanto à sua robustez teórica (Doty *et al.*, 1993), também já foi consideravelmente examinada do ponto de vista da métrica, no âmbito das ciências sociais, particularmente no que toca à psicologia (Snow e Hrebiniak, 1980; Shortell e Zajac, 1990). Apesar de Miles e Snow (1978) descreverem o prospector como aquele que procura ser sempre o primeiro entre os pioneiros no desenvolvimento dos novos

produtos e/ou serviços, possuindo uma elevada capacidade quanto à procura e exploração das oportunidades de mercado, nesta tese, contudo, o ponto de interesse fulcral reside em identificar os hospitais numa escala que pode ir de prospector, agressivo na procura de oportunidades, até defensivo, isto é, mais preocupado em manter as áreas onde já se encontra presente. Naturalmente, a classificação de organizações hospitalares de uma escala de prospectores *versus* defensivos, segue a lógica adoptada por Abernethy e Lillis (2001) que, baseando-se em Miles e Snow (1978), se debruçaram na análise do nível de dedicação destas organizações quanto à inovação de serviço, na medida em que tal esteja reflectido no consequente grau de mudança no seu *mix* de serviços. Tal como referido anteriormente nesta tese, a inovação de serviço é considerada como um contínuo, em que num extremo está representado um hospital pouco envolvido na mudança, enquanto no outro extremo está representado um hospital que está a mudar continuamente o leque de serviços oferecidos.

Deste modo, adoptou-se nesta investigação a métrica utilizada por Abernethy e Lillis (2001), que operacionalizaram a construção da representação deste contínuo oferecendo duas descrições da posição estratégica de um determinado hospital, questionando os responsáveis organizacionais que se pronunciassem quanto ao grau de mudança e inovação na oferta de serviços, a ser classificada pelos respondentes de 1 a 7, no âmbito do espectro deste contínuo.

Mais especificamente, no questionário são apresentados dois tipos de hospitais, um na forma convencional, o Hospital A, resistente à mudança, que não se encontra na vanguarda em termos da oferta de novos serviços, ou quanto ao acompanhamento das inovações de mercado ocorridas no respectivo sector, e que tende a concentrar-se nas áreas actuais de operação, não valorizando políticas de incentivos nem de formação dos seus recursos humanos. Portanto, um baixo *score* de resposta nesta questão indicará o clássico hospital que está perfeitamente enquadrado numa determinada comunidade que oferece serviços básicos de medicina geral e de cirurgia. Certamente afastado de uma grande complexidade em termos de oferta de serviços, este tipo de organização hospitalar até poderá apresentar algum grau de inovação, mas necessariamente a uma escala muito limitada, até porque a sua preocupação primária será a da manutenção do *status quo*, tentando garantir uma boa prestação ao nível das valências já existentes.

Por outro lado, um *score* de resposta mais elevado, indicará um respondente de um hospital do tipo B, que corresponde a uma organização que tende a oferecer uma gama mais vasta e inovadora de serviços médicos, comparativamente a outros hospitais de dimensão e características similares, dado sujeitar-se em maior extensão às regras e dinâmicas do mercado. Neste caso, trata-se de um hospital que procede a mudanças relativamente frequentes no seu conjunto de serviços, reagindo rapidamente a indícios de novas oportunidades ou necessidades de mercado, estando portanto sistematicamente na vanguarda em termos de desenvolvimento de novos serviços, sendo até seguido por outros hospitais. Tendencialmente, este tipo de organizações hospitalares valorizam a formação dos seus recursos humanos e adoptam sistemas de incentivos. O Hospital B será uma organização direccionada para a inovação, tanto ao nível dos serviços, como até ao nível dos sistemas de informação e controlo, pois existe a preocupação de adoptar as mais avançadas práticas na área da gestão.

4.5.2. Autonomia estrutural

Quanto à mensuração da autonomia estrutural foi utilizado, um instrumento baseado em quatro itens que foi originalmente construído por Govindarajan (1988), e posteriormente adaptado por Abernethy e Lillis (2001), estando este instrumento focado na delegação de decisões relacionadas com *inputs* e *outputs*, bem como com directores clínicos necessários para indicar a extensão do nível de delegação de tais decisões a gestores de unidades clínicas (Abernethy e Lillis, 2001).

Os quatro itens acima referidos correspondem às quatro primeiras alíneas da quinta questão do inquérito, estando associadas elevadas somas de *scores* a um maior grau percebido de delegação, autonomia e responsabilização das unidades eventualmente existentes nos hospitais, tal como ao nível dos departamentos clínicos. Adicionalmente, outros quatro itens, de responsabilidade própria, foram adicionados ao questionário, cuja interpretação é semelhante ao conjunto referido acima, pelo que, em termos de análise de resultados, a apreciação será global, correspondendo ao somatório de oito respostas possíveis.

4.5.3. Política de bónus e formação

Pressupondo que, pelo menos alguns hospitais assumem uma atitude inovadora, preocupando-se com a necessidade de ajustamentos estruturais de modo a acompanharem as dinâmicas do mercado, será expectável a existência de unidades autónomas, no âmbito da descentralização organizacional, o que justifica o interesse no desenvolvimento de políticas de incentivos, tanto ao nível da gestão clínica como administrativa, bem como na qualificação dos colaboradores, através da implementação de uma política de formação, conforme já discutido anteriormente nesta tese.

Deste modo, parece ser pertinente examinar até que ponto a inovação justifica a adopção de uma política de bónus, ao nível do desempenho, pelo que a questão número oito pretende aferir a existência de bónus ao nível dos hospitais portugueses.

Adicionalmente, face à evidência já examinada antes nesta tese, será expectável que o objectivo da implementação de uma política de bónus tenha sobretudo em vista a obtenção de resultados organizacionais, tanto em termos de eficiência como de eficácia, o que pretende ser aferido com as alíneas a) e b) da questão nove, e pelas alíneas remanescentes, respectivamente.

O raciocínio subjacente à existência de uma política de incentivos associada à assumpção de uma atitude inovadora também pode ser transposto para a justificação do interesse na adopção de uma política de formação. De facto, será expectável que uma atitude inovadora não resulte apenas na adopção de um sistema de incentivos, mas também resulte na implementação de uma política de formação, também com o objectivo da obtenção de resultados organizacionais. Tal como discutido anteriormente nesta tese, a existência de programas de formação, tanto médicos como outros, será relevante no contexto hospitalar, pois permite a actualidade de competências dos respectivos profissionais, assegurando a sua capacidade de actuação em ambientes dinâmicos, consequentes de uma atitude de inovação.

Assumindo a expectativa de que uma visão estratégica suportada na inovação estimulará a adopção de políticas de formação, formulou-se a questão onze que, entre os diversos itens, inclui a aferição directa de eventuais políticas adoptadas.

Contudo, em termos de resultados organizacionais, ao contrário do *output* esperado da adopção de uma política de bónus, no caso da implementação de uma

política de formação não se espera a obtenção de ganhos de eficiência, mas apenas de eficácia, pois, conforme já examinado, assume-se que tal formação estará direccionada para os serviços clínicos, ou relacionados, e não para objectivos financeiros. Consequentemente, a aferição de uma relação positiva entre a existência de uma política de formação de recursos humanos e a possibilidade de obtenção de ganhos de eficácia poderá ser realizada, mas apenas de modo indirecto, recorrendo ao resultado global obtido na questão doze, da primeira secção do questionário.

4.5.4. Sistemas de contabilidade de gestão e controlo orçamental

Conforme abordado anteriormente nesta tese, ao longo dos últimos anos tem-se verificado uma preocupação crescente com o desempenho organizacional, originando várias reformas, particularmente relevantes no sector público (*vide e.g.* Johnson e Kaplan, 1987; Neely *et al.*, 1995; Agrizzi, 2008, Burtonshaw-Gunn e Salameh, 2009), existindo evidência diversa que identifica um cuidado efectivo, por parte de diversos governos, quanto à avaliação por medidas de desempenho, no sentido de melhorar os serviços públicos (*e.g.* Ganley e Cubbin, 1992; Hood, 1995; Modell, 2001; Kaplan, 2001), o que naturalmente implicou também o sector da saúde, onde o papel dos estados é tradicionalmente relevante (*vid. e.g.* Kruk e Freedman, 2008; Schrecker *et al.*, 2008; Davis *et al.*, 2010; McIntyre, 2010), como é o caso de Portugal com o SNS.

Para os hospitais serem capazes de enfrentar os novos desafios é fundamental que estes recorram a instrumentos, nomeadamente a implementação de um sistema de contabilidade de gestão eficiente e de controlo. A literatura de contabilidade de gestão, na abordagem à temática dos custos e elaboração de indicadores de gestão, tem-se debruçado sobre o *Activity Based Costing* (ABC) e o *Balanced Scorecard*. O *Balanced Scorecard*, apresentado por Kaplan e Norton (1996), teve um grande impacto no mundo da gestão, alegando que este emerge como complemento dos convencionais indicadores de gestão, tratando-se de um sistema que aborda a gestão estratégica apoiada em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos e aprendizagem e desenvolvimento. No que diz respeito ao *Tableau de Bord*, tem o mesmo ponto de partida do *Balanced Scorecard*, *i.e.*, discutir a influência dos indicadores financeiros na avaliação de desempenho. O método ABC é o método escolhido por diversos estudos, como o sistema adequado para

a determinação dos custos das actividades hospitalares, através dos indutores de recursos e para determinar os custos dos serviços através dos indutores das actividades, contribuindo de forma a cumprir funções, como por exemplo, o planeamento e o controlo.

O financiamento dos prestadores de cuidados de saúde assente num valor fixo leva a um contexto cujo as novas ferramentas, como por exemplo, o custeio baseado nas actividades, a gestão baseada nas actividades, o custeio do ciclo de vida e a análise da cadeia de valor, constituem elementos indispensáveis da gestão de custos (Devine *et al.*, 2000). Paralelamente, verificam-se grandes pressões por parte dos governos para uma diminuição dos custos no sector dos cuidados de saúde, promovendo o estímulo para as reformas que tendem para uma maior sofisticação dos sistemas de contabilidade de custos (Chua e Degeling, 1991; Young e Pearlman, 1993; Arnaboldi e Lapsley, 2005).

4.5.5. Sistemas de mensuração de desempenho

Com base no trabalho seminal de Hopwood (1976), bem como em literatura posterior (v.g. Hartmann, 2000; Otley e Fakiolas, 2000), que, contudo centrou-se apenas nas dimensões financeiras do instrumento desenvolvido por Hopwood, Abernethy e Lillis (2001:118) utilizaram um instrumento desenvolvido com o propósito de capturar a construção do Sistema de Mensuração de Desempenho (SMD) incorporando, também, investigação mais recente que inclui critérios de desempenho tanto quantitativos como qualitativos (Ittner e Larcker, 1998), bem como considerando estudos desenvolvidos no sector hospitalar e noutros sectores de serviços que incluíssem conceitos semelhantes aos da investigação apresentada nesta tese à semelhança de Abernethy e Lillis (*vide v.g.* Abernethy e Stoelwinder, 1991; Smith, 1993; Lee *et al.*, 2000; Watkins, 2000).

Concorrentemente, esta tese inclui o instrumento de mensuração adoptado por Abernethy e Lillis (2001), que consideraram sete itens como relevantes na avaliação do desempenho das unidades clínicas, concluindo, a partir de uma análise factorial prévia que providenciou suporte para identificação das duas dimensões dos sistemas de mensuração de desempenho (SMD), que estes poderiam ser categorizados da seguinte maneira: i) os itens de desempenho ao nível de custos e de produtividade (*throughput*)

representam um factor mais quantitativo associado ao desempenho da gestão ao nível dos recursos (RMP ou *resource management performance*); ii) enquanto que os itens remanescentes representam medidas de performance de carácter mais qualitativo, representando o critério de desempenho da gestão clínica (CMP ou *clinical management performance*).

4.5.6. Resultados organizacionais

A mensuração dos resultados organizacionais no sector hospitalar incluem tanto a vertente da eficiência como da eficácia, pelo que Abernethy e Lillis (2001) desenvolveram um instrumento de trabalho que exigiu que a gestão sénior divulgasse os critérios considerados mais importantes na determinação do desempenho hospitalar efectivo. Aproveitando este trabalho prévio desenvolvido por Abernethy e Lillis (2001), nesta tese foram conduzidas entrevistas de carácter exploratório com diversos responsáveis da gestão hospitalar e médicos, no sentido de confirmar a relevância de tais critérios no enquadramento do sector hospitalar em Portugal. Como resultado de tal inquirição, foi desenvolvido um instrumento de avaliação do desempenho hospitalar percebido pela respectiva administração que inclui seis itens, dos quais dois referentes à eficiência da gestão e os restantes quatro referentes à eficácia do serviço médico.

4.6. Comentários finais

Neste importante capítulo conceptual apresentou-se a posição ontológica fundamental desta tese, que se suporta primariamente na abordagem contingencial, mas também no paradigma interpretativo, como se abordará mais adiante.

De facto, apesar da orientação dos capítulos seguintes desta tese serem no sentido do desenvolvimento de um estudo empírico de índole quantitativa, suportado pelo paradigma contingencial, na verdade, os capítulos finais já são desenvolvidos na base do paradigma interpretativo. Esta dualidade tem também impacto no modo como a metodologia está apresentada neste trabalho. Aliás, note-se que a secção da metodologia que se apresentou neste capítulo se reveste de particular importância dado que,

assumindo a complexidade do próprio modelo de análise, a preferência nesta tese recaiu pela triangulação de evidência diversa, obtida tanto por via quantitativa, como qualitativa. Neste sentido, optou-se inicialmente por um estudo empírico de forma a examinar a primeira questão de investigação, formulada e examinada neste capítulo, concretizado com a realização de um questionário debruçado sobre as hipóteses modelizadas, cujo desenvolvimento - do conjunto de hipóteses que se apresenta no capítulo seguinte - precede a correspondente análise dos inquéritos, apresentada no Capítulo VI.

Em relação à fase ulterior, a realização de uma investigação qualitativa, centrada na examinação de aspectos qualitativos, em que também se incluem diversos outros que não foram abrangidos na sequência da investigação quantitativa precedente, foi concretizada com a realização de uma inquirição, destinada a complementar tal investigação. Contudo, ressalve-se que a abordagem metodológica desta parte da investigação, composta por dois estudos de caso, centrados na examinação da segunda questão de investigação e realizados em hospitais que, após a obtenção das conclusões do estudo quantitativo, foram considerados interessantes devido às suas particularidades, só será apresentada após concluída toda a análise da parte quantitativa da tese. Mais concretamente, conforme se poderá apreciar nos Capítulos VII e VIII, em relação à parte qualitativa, optou-se pela realização de um estudo de caso num hospital privado e outro num hospital público, respectivamente, apresentando o segundo um elevado nível de inovação e contemplando um sistema de gestão do desempenho, e reflectindo o primeiro uma realidade oposta. Deste modo, a metodologia específica dos estudos de caso apenas será apresentada no capítulo inicial da respectiva análise, mais especificamente no Capítulo VII.

Capítulo V: Desenvolvimento das Hipóteses

5.1. Introdução

Em tempos de crise impõem-se reformas, conduzindo à discussão de factores críticos que, apesar de no contexto português recente terem condicionado fortemente a implementação de políticas de mudança no sector da saúde, parecem agora terem de ser secundarizados, perspectivando-se assim, finalmente, o desenvolvimento de um importante instrumento de mudança, consonante com a evidência e as tendências reflectidas em diversa literatura referenciada anteriormente nesta tese. Naturalmente que aqui se refere à resistência imposta pelos criadores e impulsionadores do SNS, na sua versão seminal e conceptual, *versus* os desenvolvimentos recentes, e inevitáveis, que o sector da saúde tem vindo a conhecer, sobretudo ao nível internacional, e que são indutores da necessidade de ajustamento e mudança.

Em consonância, o processo de pesquisa desta tese teve início com a revisão da literatura sobre o sector da saúde, das práticas de gestão e da contabilidade e controlo de gestão utilizadas nos hospitais nos últimos anos, bem como pela análise do lugar de destaque que ocupam na reforma do sector hospitalar, permitindo um melhor conhecimento da evolução nesta área, até porque parece existir uma certa escassez de abordagem na literatura, no que concerne à realidade portuguesa. Contudo, apesar do interesse pelo maior aprofundamento da realidade portuguesa, a pertinência e a oportunidade do tema escolhido nesta tese não se esgota por tal desiderato, porquanto se propõe realizar aqui um estudo abrangente acerca do papel das entidades hospitalares portuguesas, tanto públicas como privadas, em relação às necessidades de ajustamento a cenários de mudança, que incluem aspectos desde a evolução de meios de diagnóstico e tratamento médico até ao envelhecimento da população, como também à conjuntura da crise, através de atitudes e instrumentos diversos, que contemplam desde a inovação e autonomia estrutural até à adopção de uma política de incentivos e bónus, como via para a obtenção de resultados organizacionais, estando estes objectivos de estudo fundados em literatura internacional diversa.

Na sequência do capítulo anterior, em que se apresentaram as vertentes básicas do estudo, neste capítulo concebem-se as hipóteses modelizadas. Este desenvolvimento é precedido do estudo das relações entre inovação organizacional, sistemas de

informação e controlo e desempenho e resultados organizacionais, bem como da examinação das questões da estratégia competitiva, particularmente no âmbito do sector hospitalar. Após o desenvolvimento teórico das diversas hipóteses, apresenta-se o resumo modelizado das hipóteses formuladas nesta tese, consubstanciado com uma figura representativa do modelo global de análise, antes de se terminar o capítulo com a apresentação dos respectivos comentários finais.

5.2. Inovação organizacional, sistemas de informação e controlo, desempenho e resultados organizacionais

No âmbito da evolução registada quanto ao fenómeno da competição a nível global, temos assistido a uma profusão de renovados modelos organizacionais (*vide e.g.* Marin e Verdier, 2003). A prevalência de estratégias centradas na inovação e na flexibilidade, o crescimento da importância de conhecimentos e competências em relação a outros activos, o desenvolvimento de estruturas descritas em termos de equipas auto-geridas ou trabalho em grupos com autonomia, e a concepção de gestão estratégica entre os sistemas de controlo são mudanças facilmente observáveis (Abernethy e Lillis, 2001). Este fenómeno tem sido examinado em literatura diversa, entre outras, a literatura de Gestão considerou amplos projectos organizacionais que contemplaram parâmetros como o apoio à inovação e a flexibilidade. Num nível mais micro, e como já foi referido anteriormente, foram contemplados itens, tais como a gestão de estruturas baseadas em redes, equipas ou grupos de trabalho autónomos. Concorrentemente, o processo competitivo conheceu desenvolvimentos globais, com consequentes impactos no sector público-governamental, cuja filosofia tem vindo a sofrer relevantes ajustamentos, sobretudo nos países mais desenvolvidos (*vide e.g.* Kettl, 2000).

O propósito da investigação de Abernethy e Lillis (2001) foi desenvolver um modelo e analisar empiricamente a interdependência entre a estratégia, a estrutura de gestão interna e os sistemas de mensuração de desempenho. O estudo foi realizado utilizando os dados recolhidos a partir de hospitais públicos na Austrália, tendo a amostra suficiente diversidade, orientações estratégicas, arranjos estruturais e sistema de avaliação de desempenho para testar o modelo proposto.

Existe uma convergência quanto à importância e preocupação dos gestores e académicos na área da gestão a fim de determinar quais as determinantes organizacionais para o sucesso ou o fracasso, sendo que a preocupação com a inovação e o sucesso dos novos produtos e serviços é fundamental (*e.g.* Maidique e Zirger, 1985; Robinson e Fornell, 1985; Lieberman e Montgomery, 1988; Robinson, 1988; Moore *et al.*, 1991; Kerin *et al.*, 1992; Lambkin, 1992; Robinson *et al.*, 1992; Golder e Tellis, 1993; Brown e Lattin, 1994; David, 1994; Brown e Eisenhardt, 1995; Kleinschmidt e Cooper, 1995; Calantone *et al.*, 1996). O consenso na literatura de gestão e da contabilidade é o de que a sobrevivência está dependente da obtenção de um ajustamento entre a estratégia organizacional, a estrutura e os processos de gestão (Handy, 1985; Miles e Snow, 1992; Fisher, 1998; Abernethy e Lillis, 2001; McGuire, 2003). À semelhança da modelização realizada por Abernethy e Lillis (2001), nesta tese argumenta-se que as organizações bem sucedidas são aquelas que implementam estruturas e processos de gestão que facilitam a obtenção das suas escolhas estratégicas, enquanto que as organizações que não são bem sucedidas revelam um fraco ajustamento. Deste modo, tal como Abernethy e Lillis (2001), esta tese aborda três aspectos fundamentais: primeiro, examina se o nível de autonomia concedido a subunidades é influenciado pela escolha estratégica; segundo, afere de que modo as organizações asseguram que unidades autónomas são responsabilizadas, *i.e.*, têm que “prestar contas”, pelas suas decisões; por último, permite avaliar as consequências dos ajustamentos organizacionais em termos de resultados.

Para além dos três aspectos referidos acima, esta tese aborda, também, outros aspectos fundamentais, reflectidos noutra literatura internacional, e mesmo outros que, apesar de baseados em fundamentos teóricos mais genéricos, foram desenvolvidos especificamente para esta tese e para o estudo da realidade portuguesa. Mais especificamente, e de interesse particular para esta investigação, Govindarajan (1988:828) realizou um estudo que incidiu, em sua opinião, “sobre o que é, talvez, o aspecto mais crítico da estratégia de implementação nas grandes organizações multinegócios”, reconhecendo que as diferentes unidades de negócios estratégicas, ou *strategic business units* (SBUs) dentro da mesma empresa procuram correntemente

empregar diferentes estratégias, sugerindo, também, a mudança em termos de mecanismos administrativos que a gestão da empresa deve utilizar.⁷

Na literatura da gestão estratégica é aceite que a estratégia de negócios de empresas diversificadas é diferente nas empresas individuais (Henderson, 1979; Rothschild, 1976; Porter, 1980; Govindarajan, 1988). Uma das implicações de tal prática é que o *chief executive officer* (CEO) de uma empresa diversificada tem de implementar múltiplas estratégias dentro da mesma empresa. A maioria dos estudos anteriores sobre a gestão de empresas diversificadas têm abordado apenas o tópico da formulação da estratégia e não o da sua execução. Portanto, a preocupação foi apenas com a forma adequada de como as escolhas estratégicas são feitas para vários negócios (Miles e Snow, 1978; Porter, 1980; Govindarajan, 1988). No seu estudo, Govindarajan (1988) centrou-se na concepção de diferentes sistemas administrativos que podem facilitar a implementação de uma variedade de estratégias, sendo seguidas por empresas diversificadas.

De uma forma geral, a implementação da estratégia é desenvolvida tendo por base o conjunto dos seguintes argumentos: (i) a estratégia escolhida por uma organização determina, em grande parte, com qual incerteza a organização deve lidar (Chandler, 1962; Miles e Snow, 1978; Gupta e Govindarajan, 1984; Govindarajan, 1988); (ii) diferentes mecanismos administrativos estão disponíveis para ajudar as organizações a enfrentarem essa incerteza (Galbraith, 1973; Lorsch e Allen, 1973; Lorsch e Morse, 1974; Tushman e Nadler, 1978; Govindarajan, 1988); (iii) e finalmente, a correspondência administrativa desses mecanismos com a estratégia tende a ser associada a um nível de desempenho superior (Govindarajan, 1988).

5.3. Estratégia competitiva

Esta tese baseia-se em conceptualizações diversas no âmbito da teoria da estratégia competitiva (v.g. Hambrick, 1983; Dess e Davis, 1984; Govindarajan, 1988), com particular destaque para Porter (1980, 1985), que identificou duas estratégias fundamentais para a obtenção de vantagens competitivas no âmbito de um determinado

⁷ Para mais informação sobre as componentes multidimensionais das SBUs, vide por exemplo Chowdhury e Menon (1995).

sector de actividade: baixo custo e diferenciação (*e.g.* Auzair e Langfield-Smith, 2005). A primeira estratégia está focada na necessidade de suportar os mais baixos custos num determinado sector de actividade, constituindo um bom exemplo os produtores automóveis chineses e indianos, tal como a Tata Motors (*vid. e.g.* Kumar, 2008); ou o produtor e retalhista transnacional de mobiliário e artigos para a casa de baixo custo, Ikea (*vid. e.g.* Jonsson e Kalling, 2007). Numa estratégia de diferenciação, uma empresa procura construir uma identidade única no seu sector, cuja dimensão possa ser amplamente avaliada pelos seus compradores, como é o exemplo da Daimler-Benz (*vide e.g.* Porter, 1980, 1985).

Tal como refere Porter (1980), o facto de uma SBU estar focada numa estratégia de baixo custo não implica necessariamente que possa ignorar importantes bases de diferenciação, tais como qualidade, ou serviços, mas significa que a manutenção de baixos custos, em comparação com os seus concorrentes, se torna a tónica principal transversalmente através de toda a estratégia da organização; e vice-versa, ou seja, uma SBU que adopte uma estratégia de diferenciação não pode ignorar os respectivos custos de implementação, o que significa que a organização não ignora o factor custo, mas que por sua vez este factor não é um objectivo estratégico primário (Porter, 1980).

Os resultados do estudo de Govindarajan (1988), que se debruçou na análise das SBUs, têm relevância, quer para a prática, quer para a teoria. Em termos teóricos, o estudo de Govindarajan (1988) contribuiu para a investigação na área da gestão estratégica (Gupta e Govindarajan, 1984; Govindarajan, 1986, 1988), uma vez que abordou questões relativas à implementação ao nível da estratégia nas unidades de negócios. Segundo o próprio autor, este terá sido o primeiro estudo empírico que contemplou a articulação entre as estratégias SBU e os três mecanismos administrativos, especialmente no que concerne à eficácia das unidades de negócios. Em termos práticos, a relevância do estudo de Govindarajan (1988) será examinada posteriormente, aquando da formulação das hipóteses modelizadas da presente investigação.

No caso específico desta tese, o objectivo é o de aferir em que medida a introdução de diferentes dimensões de inovação organizacional e de sistemas de informação e controlo nos hospitais portugueses, tanto públicos como privados, podem resultar em resultados organizacionais medidos quer em termos de eficiência e/ou de eficácia.

Conforme ilustrado na figura 5.1, que apresenta as hipóteses modelizadas, para se atingir o objectivo principal desta tese, são estudados os contributos da existência, inovação ou introdução de diversas dimensões de inovação organizacional e de sistemas de informação e controlo, nomeadamente autonomia estrutural, política de bónus, política de formação, sistemas de contabilidade de gestão e controlo orçamental, através da avaliação de medidas de desempenho: concretamente, desempenho da gestão hospitalar profissional ou da gestão clínica, no caso da autonomia estrutural; atribuição de prémios de produtividade, no caso da existência de uma política de bónus; avaliação da formação na sequência da adopção de uma política de formação; bem como contributos ao nível da eficiência e/ou eficácia no caso dos sistemas de contabilidade de gestão e de controlo orçamental, assim como no caso da avaliação da inovação organizacional, medida em termos globais, *i.e.*, em abstracto.

Dada a complexidade do modelo de hipóteses construído para esta tese, procede-se agora à descrição detalhada de cada uma das hipóteses que o compõem, suportada, sempre que possível, por literatura existente.

5.4. Autonomia estrutural como meio de inovação organizacional para a obtenção de resultados organizacionais

Na sequência das rápidas mudanças verificadas a nível da competitividade global surgiram diversos desenvolvimentos no que respeita às estruturas organizacionais. Um dos principais desenvolvimentos referidos na literatura em relação a estes desenvolvimentos está relacionado com a introdução ou desenvolvimentos ao nível da autonomia organizacional (v.g. Dean *et al.*, 1992; Miles e Snow, 1992; Preston *et al.*, 1992; Abernethy e Chua, 1996; Lei *et al.*, 1996; Sewell, 1998; Scott e Tiessen, 1999; Abernethy e Lillis, 2001). Sendo o sector hospitalar um dos sectores de actividade que tem registado maior crescimento nos últimos anos, (Ezzamel e Willmott, 1993; Evans, 1998; Mensah, 2000), é portanto de interesse aferir até que ponto os hospitais portugueses introduziram ou utilizam a autonomia organizacional como via para a obtenção de resultados organizacionais no âmbito de um ambiente de crescente competitividade. Paralelamente, existe também a possibilidade de confrontar os

resultados obtidos em Portugal com outros países, tais como a Austrália, através do já mencionado estudo de Abernethy e Lillis (2001).

Tal como defendem diversos autores (v.g. Shortell *et al.*, 1996; Abernethy e Lillis, 2001), a ênfase na inovação do serviço é uma dimensão significativa na estratégia concorrencial, pois os hospitais que apostam na inovação do serviço serão os que estão mais expostos a mercados sujeitos a rápidas mudanças, necessitando, portanto, de novas ofertas de serviços providenciados continuamente.⁸

No extremo, à semelhança de Abernethy e Lillis (2001), argumenta-se nesta tese, que tal contexto permite identificar dois tipos de organizações hospitalares. Por um lado, existem hospitais mais convencionais, resistentes à mudança, que não se encontram na vanguarda em termos da oferta de novos serviços, ou quanto ao acompanhamento dos desenvolvimentos de mercado ocorridos no sector da saúde. Para este tipo de organizações, os novos serviços a providenciar tendem a concentrar-se nas áreas actuais de operação. A sua prioridade será realizar o melhor trabalho possível no conjunto actual de serviços, melhorando os serviços existentes, mas não valorizando políticas de incentivos nem de formação dos seus recursos humanos. A título de exemplo, como referem Abernethy e Lillis (2001), um hospital que se enquadraria neste extremo, poderia ser o clássico hospital basicamente implementado numa determinada comunidade que oferece serviços de medicina geral e de cirurgia básica, ou obstetrícia de rotina, *i.e.*, seria aquele que competiria simplesmente melhorando e expandindo um conjunto relativamente reduzido e constante de serviços hospitalares. Apesar de poder estar envolvido em actividades inovadoras, contudo, está direccionado sobretudo para o melhoramento do conjunto de serviços já existentes, pois este tipo de hospital não é activo na procura de novas oportunidades de mercado para além dos domínios onde opera, pelo que normalmente está sujeito a um baixo nível de inovação dos serviços prestados, até porque se limita a manter a sua quota de mercado através da eficiência (Abernethy e Lillis, 2001).

Por outro, existem organizações hospitalares que, sujeitando-se a mudanças relativamente frequentes no seu conjunto de serviços, tendem a oferecer um conjunto

⁸ A teoria da inovação foi inicialmente estruturada por Schumpeter (1934, obra traduzida do original de 1911, *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*), que definiu inovação como a capacidade de realizar algo de modo diferente no domínio da realidade económica (Schumpeter, 1939: 84), tendo vindo a conhecer posteriormente desenvolvimentos diversos (vid. e.g. Pol e Carroll, 2006; McCraw, 2007).

mais vasto de serviços médicos, comparativamente a outros hospitais de dimensão e funcionalidades semelhantes. Estes respondem rapidamente a indícios de novas oportunidades ou necessidades de mercado, tentando sistematicamente estar na vanguarda em termos de desenvolvimento de novos serviços, sendo frequentemente seguidos por outros hospitais. Tendencialmente, adoptam sistemas de incentivo e valorizam a formação dos seus recursos humanos. Contudo, este tipo de hospital poderá nem sempre deter uma posição forte nas áreas em que se envolve. Como referem Abernethy e Lillis (2001), um exemplo deste tipo de hospital, será aquele que fará questão de possuir os mais avançados meios de teste diagnóstico, *i.e.*, aquele que procura deter equipamento médico *state-of-the-art*.

A literatura refere que a procura da inovação como uma prioridade estratégica tem implicações para o tipo de ajustamentos estruturais necessários para facilitar uma actividade inovadora e criativa (*vide v.g.* Miller, 1987; Naman e Slevin, 1993; Miles *et al.*, 2000), sendo natural que organizações inovadoras tenham que se adaptar rapidamente às forças de mercado (Habib e Victor, 1991; Slater e Olson, 2000; Abernethy e Lillis, 2001). Perante tal enquadramento, será expectável que as organizações necessitem de se preocupar permanentemente com a adequação dos seus processos, encetando com alguma frequência reorganizações de processos e até reestruturações, de modo a assegurar capacidade de resposta aos desafios impostos continuamente pelo mercado, tentando assim acompanhar as melhores práticas em exercício. Para atingir tal desiderato, a estrutura organizacional deve assegurar que o fluxo de informação se transmita eficientemente pela organização, tanto horizontalmente como verticalmente, bem como deve encorajar unidades individuais de trabalho a colaborarem entre si durante a prestação de serviços de base, sendo a criação de tais unidades autónomas um dos meios possíveis (Lawler, 1993; Cohen e Ledford, 1994; Scott e Tiessen, 1999; Bouwens e Abernethy, 2000; Abernethy e Lillis, 2001). Para além de gerar possibilidades de colaboração, a criação de unidades autónomas de trabalho potencia a partilha de recursos, bem como a melhoria de resultados organizacionais, mensurados tanto em ganhos de eficiência e/ou eficácia, sendo este um dos pressupostos fundamentais desta tese (*vide v.g.* Lei *et al.*, 1996; Gupta *et al.*, 1997; Abernethy e Lillis, 2001). Tal como referem Kaplan e Atkinson (1998), as unidades autónomas estão mais próximas do mercado e por isso poderão obter e interpretar informação relacionada com as exigências dos mercados, geradoras de *outputs*, bem

como conhecerão onde se localizam as fontes dos recursos, *i.e.*, os *inputs* necessários. Dado que a delegação de autonomia a unidades operacionais potencia a troca de informação entre a organização e o meio envolvente, tais unidades não serão apenas mais conhecedoras das condições de mercado, como também estarão mais aptas a procederem às necessárias adaptações em resposta às contínuas mudanças reclamadas pelas dinâmicas externas à organização (*vide* Abernethy e Lillis, 2001).

À imagem da visão de Bouwens e Abernethy (2000) e de Abernethy e Lillis (2001), que distinguem a dinâmica organizacional hospitalar quanto ao grau de inovação incorporado, argumenta-se nesta tese que os hospitais que não procuram a inovação de serviço enfrentam um menor nível de diversificação e mudança no seu conjunto de serviços clínicos, bem como estão sujeitos a um menor conjunto de requisitos de reporte informativo, pelo que não se debatem com limitações de informação que normalmente estão associadas a uma estrutura organizacional do tipo centralizada. Neste tipo de organizações, existe uma forte propensão para a manutenção de um sistema centralizado, pois tal centralização permite minimizar comportamentos disfuncionais que não raramente são criados pela delegação de competências, bem como permite mitigar o risco de incongruências ao nível da definição e obtenção de objectivos organizacionais (Shortell *et al.*, 1996; Abernethy e Lillis, 2001).

Na realidade, em estruturas organizacionais centralizadas, tipicamente hierárquicas e multinível, a quantidade de informação que pode ser processada efectivamente é limitada, pois o processo de tomada de decisão é centralizado, podendo este tipo de organizações ser considerado relativamente inflexível e consequentemente incapaz de responder rapidamente às mudanças ocorridas no meio envolvente (*vide e.g.* Galbraith, 1977; Daft e Lengel, 1986; Abernethy e Lillis, 2001). Em estruturas onde a tomada de decisão é centralizada, esta tende a ser retardada, uma vez que a informação é normalmente comunicada de modo vertical e demora a ser processada pela própria gestão que é centralizada, e portanto limitada em recursos, resultando este tipo de limitação na redução da capacidade da gestão de topo em processar largas quantidades de informação, e no decréscimo da sua capacidade de controlo efectivo e coordenação das actividades principais desempenhadas ao nível dos estratos inferiores da organização (*vide* March e Simon, 1958; Burns e Stalker, 1961; Gordon e Narayanan, 1984; Abernethy e Lillis, 2001). Esta limitação é particularmente relevante no sector

hospitalar, sempre que a gestão de topo não possui capacidade clínica suficiente para a eficiente tomada de decisões em matérias clínicas (Young e Saltman, 1985; Abernethy e Lillis, 2001).

Contudo, o facto de uma organização hospitalar ser regida por uma estrutura hierárquica tradicional, não quer dizer que a mesma não opere com unidades de trabalho autónomas. Na verdade, como referem Abernethy e Lillis (2001), dadas as limitações acima referidas, nomeadamente quanto às limitações de coordenação da gestão de topo, poder-se-ia esperar que no âmbito deste tipo de organizações se criassem unidades autónomas de trabalho. No entanto, a criação de unidades autónomas de trabalho acarreta custos, tais como: a redução da lealdade para com a organização em geral; a possibilidade de comportamentos desajustados aos objectivos da organização; e a tomada de decisão sub-ótima ao nível da gestão de nível hierárquico inferior (Zimmerman, 1997; Kaplan e Atkinson, 1998; Abernethy e Lillis, 2001). Deste modo, será expectável que sejam as organizações mais inovadoras aquelas onde se observam maiores níveis de autonomia; enquanto que, no caso dos hospitais de estrutura hierárquica, tal será expectável apenas nos casos daqueles que procuram a inovação de serviço como uma prioridade estratégica, sendo certo que as limitações referidas anteriormente, bem como a necessidade de uma maior diversificação de competências clínicas, diminuirão a possibilidade de ocorrência deste cenário.

Finalmente, tradicionalmente a gestão das unidades clínicas nos hospitais é normalmente da responsabilidade de médicos que gozam de autonomia considerável quanto aos processos clínicos e aos resultados dos tratamentos médicos, o que lhes confere um quase total controlo sobre as tarefas operacionais fundamentais, mas que, ao invés, também os isenta de responsabilidades ao nível financeiro, em resultado das decisões tomadas ao nível clínico (Galbraith, 1977; Dougherty e Hardy, 1996; Slater e Olson, 2000; Abernethy e Lillis, 2001).

Um maior grau de autonomia poderá ser formalizado por um processo organizacional de descentralização. A descentralização é um dos mecanismos estruturais importantes para facilitar a eficácia da execução estratégica (Chandler, 1962; Rumelt, 1974; Vancil, 1980, Govindarajan, 1988). Adicionalmente, a descentralização é vista como importante para a tomada de decisão, em termos de autoridade que é

delegada a um gestor das unidades estratégicas de negócios pela empresa hierarquicamente superior (Ford e Slocum, 1977; Govindarajan, 1988).

Investigações anteriores concluíram que um elevado nível de descentralização é uma importante resposta ao aumento da incerteza (Burns e Stalker, 1961; Lawrence e Lorsch, 1967; Galbraith, 1973; Tushman e Nadler, 1978; Govindarajan, 1988). De acordo com este pressuposto, à medida que a envolvente de uma tarefa se torna mais incerta haverá a necessidade de recolher mais informação. Por sua vez, a centralização é possível com baixos níveis de incerteza visto que a informação processada não sobrecarrega a hierarquia da organização. No entanto, à medida que a incerteza aumenta aumentam também as excepções que têm que ser anunciadas para níveis mais elevados da hierarquia. Quanto mais excepções são direccionadas *bottom-up* mais a hierarquia ficará sobrecarregada. “Atrasos consideráveis desenvolvem-se entre a transmissão de informação em sentido ascendente acerca de novas situações e a resposta a esta informação em direcção descendente. Uma forma efectiva de responder a esta situação será a de deslocar o nível da tomada de decisão para onde a informação existe, em vez de a conduzir para níveis superiores da hierarquia, sugerindo portanto que a descentralização de tomada de decisão é uma resposta ao aumento dos cenários de incerteza” (Govindarajan, 1988:833).

Govindarajan (1988), formulou a hipótese que para as unidades de negócio estratégicas que empregam uma estratégia de diferenciação, um aumento da descentralização estará provavelmente associado a uma elevada eficácia das SBUs. Deste modo, para as unidades de negócio estratégicas que apostam numa estratégia de baixo custo, um aumento da centralização estará provavelmente associado a uma elevada eficácia das SBUs.

Para além das questões relacionadas com a incerteza, existe outra argumentação que suporta o desenvolvimento desta hipótese, que tem a ver com o facto de a interdependência com outras unidades de negócio ser mais benéfica para a SBU de baixo custo do que para uma SBU diferenciada, uma vez que a partilha de actividades contribui para minimizar os custos em geral, o que é mais importante para uma unidade de baixo custo (Gupta e Govindarajan, 1986; Govindarajan, 1988). Estudos anteriores concluíram que com o elevado grau de interdependência o processo de tomada de decisão centralizado melhora o desempenho, porque os efeitos das decisões tomadas pelos gestores na performance de outras unidades conduz à necessidade de coordenação

efectiva e à resolução conjunta de problemas (Thompson, 1967; Lorsch e Allen 1973; Vancil, 1980; Govindarajan, 1988).

Dado que a envolvente em redor dos colaboradores é dinâmica, o sucesso e o fracasso verificados no âmbito das acções realizadas pelos colaboradores pode ser atribuído a tudo aquilo que é por estes controlado, mas também por factores incontroláveis, isto é, factores externos. Esta orientação é conhecida por *locus of control*, cujo estudo embrionário foi publicado, em 1954, por Julian Rotter, que investigou de que maneira os comportamentos das pessoas e as suas atitudes podiam afectar consequentemente as suas vidas. O *external locus of control* consiste nas consequências fora do controlo, determinadas pelo destino e independentes de variáveis que os indivíduos podem controlar, tais como o trabalho árduo ou as decisões que tomaram. Por outro lado, o *internal locus of control* consiste nas consequências registadas no âmbito do que é controlado pelos indivíduos, tais como o trabalho desempenhado, talentos e tributos ou resultados das decisões. Os indivíduos que desenvolvem um *internal locus of control* acreditam que são responsáveis pelo seu próprio sucesso, enquanto que aqueles que desenvolvem o *external locus control* acreditam que forças externas, tais como a sorte, determinam os resultados que podem obter.

Em condições de elevada incerteza existem dois grupos de estudos que concluíram que os colaboradores alvo do *internal locus of control* atingem um melhor desempenho, comparativamente com os que são alvo do *external locus of control*. O primeiro grupo de estudos está focado na examinação da capacidade dos indivíduos de obter e utilizar informação, tendo concluído que: i) indivíduos com um *locus* interno procuram informação relevante para o desempenho de tarefas mais activamente que aqueles que têm um *locus* externo (Davis e Phares, 1967; Pines e Julian, 1972; Organ e Greene, 1974; Govindarajan, 1988); ii) o primeiro grupo, isto é *internal locus* é mais eficiente na utilização da informação que o segundo (Phares, 1968; Wolk e DuCett, 1974; Spector, 1982; Govindarajan, 1988). A lógica subjacente à superior capacidade de processamento de informação dos indivíduos com um *locus* interno está baseada nas propriedades de construção presumidas numa dimensão interna - externa. Indivíduos com o *locus* interno e tendo uma elevada expectativa de que as recompensas serão obtidas em função dos seus próprios esforços deverão procurar activamente informação relacionada com as tarefas, bem como também deverão utilizar essa informação, uma vez que eles deverão considerar a obtenção e a utilização de informação relevante como

uma via para o reforço das suas posições. Por outro lado, indivíduos com *locus* externo acreditam que os seus esforços não são importantes para a obtenção de recompensas, pelo que não procuram activamente obter ou utilizar informação. Galbraith (1973), argumenta que quanto maior é a incerteza maior é a quantidade de informação que tem de ser processada, pelo que será expectável que indivíduos com *locus* interno possam lidar mais efectivamente com incerteza do que aqueles com *locus* externo.

O segundo grupo de estudos foca a relação entre a incerteza e o *locus of control* de maneira mais directa ao oferecer evidência, sugerindo que aqueles que têm um *locus* de *control* interno se adaptam melhor a mudanças no ambiente do que aqueles que têm um *locus* externo (Gore e Rotter, 1963; Mitchell *et al.*, 1975; Ford e Slocum, 1977, Govindarajan, 1988).

Em relação às hipóteses construídas para este tese, e apresentadas nas secções seguintes, acredita-se que o conjunto de sistemas de desempenho e controlo possivelmente desenhados pelas organizações hospitalares possam conduzir os seus colaboradores a reforçarem o seu *internal locus of control*.

Neste sentido poder-se-ia formular a seguinte hipótese à imagem de Govindarajan (1988): para as SBUs que empregam uma estratégia de diferenciação, um maior *locus of control* interno por parte do gestor principal de uma SBU estará possivelmente associado a uma elevada eficácia dessa SBU. Para as SBUs que utilizam uma estratégia de baixo custo, um maior *locus of control* externo por parte do gestor principal de uma SBU estará possivelmente associado a uma elevada eficácia dessa SBU. Contudo, tal proposição necessita de ajustamento ao enquadramento específico desta tese, conforme reflectido em diversas hipóteses formuladas que se apresentam de seguida.

Em resumo, nesta tese, tal como Abernethy e Lillis (2001) argumentam, espera-se que as decisões que conduzam à delegação de competências de gestão financeira e clínica sejam influenciadas pelas exigências de coordenação e cognitivas impostas por uma orientação estratégica na inovação organizacional ao nível da prestação de serviços, permitindo assim formular a primeira hipótese apresentada a seguir:

H1: Existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e na extensão de autonomia delegada para unidades hierarquicamente inferiores.

5.5. Autonomia e sistemas de mensuração do desempenho

“The Imperial Rater of Nine Grades seldom rates men according to their merits, but always according to his likes and dislikes.” Sin Yu, filósofo chinês, Dinastia Wei, cerca de 287 D.C. (Patten, 1977:352)

A administração das exigências competitivas resultantes da autonomia e da necessidade de prestar contas (*accountability*) já há muito foi reconhecida como importante pela investigação académica, tendo vindo a receber atenção redobrada pelo sector público à medida que os governos se têm preocupado crescentemente com a gestão das extensões conflituosas entre as exigências de descentralização e a procura de maior responsabilidade (*accountability*) pelos resultados obtidos, o que tem vindo a resultar no aumento da adopção de medidas de eficiência e de cumprimento de serviço orientados para a obtenção de resultados, no âmbito do sector público em geral (*vide v.g.* Solomons, 1965; Lawrence e Lorsh, 1967; Vancil e Buddrus, 1979; Lapsley, 1994; Bromwich e Lapsley, 1997; Mouritsen e Bekke, 1997; Ittner e Larcker, 1998; Groot, 1999; Jones, 1999; Abernethy e Lillis, 2001); constituindo a compreensão dos mecanismos exigidos para encorajar a congruência dos objectivos, quando é delegada à gestão de nível inferior autonomia na tomada de decisões, uma das preocupações principais da literatura em contabilidade (Flamholtz *et al.*, 1985; Abernethy e Lillis, 2001). A tendência crescente com as preocupações relacionadas com a *accountability* é tão mais importante, quanto o facto de que este tipo de medidas ter vindo cada vez mais a serem aplicadas no sector hospitalar (Forgione, 1997; Jones e Dewing, 1997; Chow *et al.*, 1998; Abernethy e Lillis, 2001).

Tanto profissionais como académicos têm vindo a reconhecer que, apesar da clássica utilidade dos indicadores financeiros para a avaliação global do desempenho organizacional, estes têm-se, todavia, revelado inapropriados em face dos desafios crescentes determinados por fenómenos diversos, tais como o processo de globalização (*vid. e.g.* Eccles, 1991; Fisher, 1992; Kaplan e Norton, 1996; Ittner e Larcker, 1998;

Neely, 1999), conduzindo diversos autores a tentarem melhorar tais indicadores financeiros, ou, alternativamente, a utilizar medidas de desempenho não-financeiras (vid. e.g. Kaplan e Norton, 1996, 2001; Stern *et al.*, 2004).

Tal como Abernethy e Lillis (2001), argumenta-se aqui que os sistemas de mensuração do desempenho (SMDs) podem ser conceptualizados como sistemas compreensivos de *accountability* desenhados para capturarem as actividades desempenhadas nas unidades clínicas. Conforme referem Neely *et al.* (1995), os SMDs, ou *performance measurement systems* (PMSs), consistem em medidas individuais de desempenho, que podem ser categorizadas de formas diversas, desde o *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton (1992), até ao enquadramento de resultados e determinantes desenhados por Fitzgerald *et al.*, (1991).

Nesta tese adopta-se um conjunto alargado de métricas de desempenho, que inclui tanto medidas financeiras como não financeiras, e que é consistente com diversa literatura que se debruça acerca do desenvolvimento de SMDs (*vide v.g.* Hopwood, 1976; Ittner e Larcker, 1998; Hartmann, 2000; Otley e Fakiolas, 2000). Similarmente, a construção do conjunto compreensivo de métricas utilizado nesta investigação, também se baseia em literatura relacionada com o sector hospitalar e outros serviços que de alguma maneira incluem conceitos relacionados com os utilizados nesta tese (v.g. Abernethy e Stoelwinder, 1991; Smith, 1993; Lee *et al.*, 2000; Watkins, 2000; Abernethy e Lillis, 2001).

Para além da distinção entre métricas financeiras e não financeiras, a classificação das mensurações utilizadas nesta tese em termos de sistemas de performance pode ser distinguida entre critérios de gestão clínica e critérios ao nível da gestão de recursos. Tal como, Abernethy e Lillis (2001:112), tais dimensões podem ser definidas do seguinte modo: enquanto que as medidas de performance associadas com a gestão de recursos incluem dados de produtividade e de custos, portanto baseados em critérios quantitativos; o critério da gestão clínica inclui medidas relacionadas com os cuidados clínicos aos pacientes e investigação, bem como critérios qualitativos considerados importantes para a gestão efectiva da unidade clínica. Concorrentemente, espera-se que a importância atribuída a estas medidas pelas organizações hospitalares seja proporcional, ou pelo menos influenciada, pelo grau de autonomia delegada às unidades clínicas (Abernethy e Lillis, 2001).

A delegação de competências pode acarretar algumas limitações, tal como refere Merchant (1998), o desenvolvimento de unidades de trabalho autónomas pode limitar a capacidade da gestão de topo a controlar e a supervisionar em proximidade as actividades desempenhadas pelas unidades clínicas. Contudo, mecanismos de *accountability*, tais como regras e procedimentos operacionais padrão, que podem ser utilizados numa tentativa de induzir acções desejadas aos gestores subordinados, não são impossibilitados pela natureza do trabalho desempenhado em regime de delegação, com deliberado grau de autonomização (Abernethy e Stoelwinder, 1995; Abernethy e Lillis, 2001). No entanto, não só a gestão topo, ou hierarquicamente superior, não domina suficientemente as competências técnicas ao nível clínico de modo a arquitectar e implementar procedimentos operacionais padrão; como também não será expectável que tais procedimentos possam mitigar os problemas de comunicação entre os responsáveis pela gestão, em geral, e os responsáveis pelo desempenho das actividades clínicas, sendo certo que profissionais clínicos predominantes, tais como os médicos, são reconhecidamente resistentes às tentativas de implementação de procedimentos e regras burocráticas por parte da administração, que possam de algum modo ameaçar a sua autonomia (*vide* v.g. Freidson, 1975; Jonsson e Solli, 1993; Abernethy e Lillis, 2001). Nestes casos, a sensibilidade e capacidade da gestão topo poderá revelar-se fundamental. Tal como refere Scholtes (1997:49), *"if leaders don't understand and lead systems, organizations and communities will forever falter and will probably not survive"*.

Efectivamente, diversa literatura sugere que os clínicos preferem, naturalmente, trabalhar no âmbito de enquadramentos livres de mecanismos de *accountability*, bem como livres de quaisquer outros procedimentos e valores para além daqueles que são impostos pela própria profissão (Ouchi, 1977; Abernethy e Stoelwinder, 1991; Merchant, 1998; Abernethy e Lillis, 2001). No entanto, tal como referem Abernethy e Lillis (2001:113), tais valores e normas oriundas da ética e deontologia profissional não serão suficientes para a gestão de topo hospitalar, uma vez que a perda de controlo potencial é elevada sempre que decisões de *input* e *output* são delegadas autonomamente a unidades clínicas, pelo que a gestão hospitalar provavelmente preferirá complementar esse controlo através da implementação de sistemas de medição de performance que, para além de avaliarem os resultados das actividades clínicas, também servem a função de *accountability*, ao responsabilizarem a obtenção de

resultados, permitindo concorrentemente aos profissionais clínicos manterem a tão desejada autonomia sobre os meios associados e necessários ao desempenho de tarefas complexas. De facto, esta forma de controlo pode fazer a ponte entre o *gap* de comunicação que existe entre os profissionais clínicos e a gestão, ao traduzir actividades primárias, tal como a actividade profissional, em efeitos secundários, tais como resultados quantificáveis (Jonsson e Solli, 1993; Abernethy e Lillis, 2001).

Em resumo, tal como conceptualizado por Abernethy e Lillis (2001), espera-se que um aumento de autonomia possa ser acompanhado por um incremento de *accountability*, sendo tal reflectido numa importância acrescida endereçada aos sistemas de mensuração de desempenho, uma vez que será expectável que a importância dos SMDs aumente na medida em que uma organização hospitalar portuguesa amplie a autonomia das unidades de trabalho clínicas. Adicionalmente, à medida que a autonomia se estende para além dos resultados clínicos de modo a abarcar tanto os *inputs* como os *output* - isto é, a gestão de recursos financeiros e o volume e conjunto de serviços clínicos, respectivamente, será de esperar que a importância atribuída às medidas de performance possa aumentar em relação a ambas as medidas de utilização de recursos e de gestão clínica (Abernethy e Lillis, 2001:113).

Deste modo podem-se construir as duas hipóteses formuladas abaixo:

H2a: Existe uma relação positiva entre o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho do órgão hospitalar profissional.

H2b: Existe uma relação positiva entre o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho da gestão clínica.

5.6. Estratégia, autonomia estrutural e sistemas de mensuração do desempenho

Se nas secções anteriores foram desenvolvidas duas das ligações mais importantes no modelo nomeadamente: a relação entre o compromisso estratégico ou a inovação de serviço e o grau de autonomia delegada às unidades de trabalho; e também a relação da autonomia e *accountability* através da mensuração da performance; não sendo evidente

na literatura que exista alguma relação directa entre a inovação e o serviço e a importante estratégia dos SMDs (Abernethy e Lillis, 2001:113). Diversos autores, *vide* por exemplo Chapman (1997) para uma revisão deste tipo de literatura, estudaram empiricamente a relação entre a utilização de medidas de performance contabilísticas e medidas de estratégias que, contudo, não obtiveram resultados consensuais, pois enquanto que alguma literatura sugere que os agentes mais inovadores se baseiam bastante em medidas de desempenho, outros obtiveram evidência de pouca utilização destas medidas, havendo ainda alguma literatura que não obteve evidência de qualquer relação.

Actualmente o enquadramento das medidas de desempenho está menos baseado em aspectos contabilísticos dado que tem havido um afastamento em relação ao pressuposto de que o papel dominante dos SMDs é o de avaliar o desempenho das subunidades, estando o papel da estratégia organizacional a assumir-se cada vez como a força motriz subjacente à escolha do desenho dos SMDs (Abernethy e Lillis, 2001). Se o enquadramento construído por Dixon *et al.*, (1990) se debruça de que maneira os SMDs podem ser desenhados de forma a oferecerem um conjunto de sinais mutuamente corroborantes que dirigem atenção dos subordinados para critérios estrategicamente importantes; já o enquadramento de medidas de desempenho estruturado por Simons (1995) está primariamente focado em analisar de que modo sistemas de controlo formais são usados para gerir incertezas estratégicas, sem deixar de reconhecer a importância dos SMDs na mensuração do desempenho dos subordinados; enquanto que, de maneira semelhante, diversos autores que têm motivado a utilização do *Balance Scorecard* (BSC) como mecanismo de monitorização estratégica e de aprendizagem, em detrimento do desempenho contabilístico, têm-se centrado crescentemente no papel do BSC na avaliação do desempenho dos subordinados. (Kaplan e Norton, 1996, 2001; Lipe e Salterio, 2000, 2001; Abernethy e Lillis, 2001).

Como Abernethy e Lillis (2001), observam estes enquadramentos de medidas de performance baseiam-se na óptica de que a mensuração do desempenho é essencialmente um sistema de informação estratégica, sendo considerado apenas secundariamente como um mecanismo de desempenho contabilístico; uma vez que as medidas de desempenho são consideradas como uma fonte informacional utilizado sobretudo para monitorizar o impacto organizacional da implementação estratégica, e

não tanto para monitorizar o desempenho das subunidades. Se se considerar que efectivamente os SMDs servem primariamente o propósito de informar, em detrimento da função de avaliação e monitorização então, tal como argumentam Abernethy e Lillis (2001) não será suficiente que se verifique a existência de uma relação directa entre os SMDs e a estratégia, uma vez que estes sistemas estarão concebidos para facilitar a implementação estratégica; no entanto, se a função de monitorização é dominante, então será expectável que qualquer possível relação entre os SMDs e a estratégia seja a consequência da decisão da gestão em adaptar medidas estruturais para acomodar as exigências derivadas das suas prioridades estratégicas, sendo que, neste caso, as inconsistências de resultados obtidos em diversos estudos empíricos que procuraram relacionar a concepção dos SMDs e a estratégia, conforme referido anteriormente nesta tese, poderão ter ocorrido devido ao facto desta corrente de literatura ter ignorado a importância da influência da autonomia estrutural.

Tal como justificado anteriormente, e em linha com o argumento desenvolvido por Abernethy e Lillis (2001), considera-se que existe uma base de apoio forte que suporta o argumento de que a estratégia é um determinante significativo da autonomia estrutural, pelo que se espera a importância atribuída às SMDs estará mais, possivelmente, afectada pela delegação de autonomia à gestão de nível hierarquicamente inferior, do que directamente atribuível à escolha estratégica.

Dado que a crescente procura de *accountability* é resultado primariamente da decisão de criar unidades de trabalho autónomas, e apenas secundariamente devido às escolhas estratégicas, a adaptação das medidas estruturais em resposta à escolha estratégica resulta na problemática da *accountability*, e não é necessariamente consequência dos aspectos estratégicos, pelo que, tal como notam Abernethy e Lillis (2001) a relação entre a utilização de SMDs e a estratégia não é directa, uma vez que qualquer relação observada entre estas será devido à consequência da decisão de criar unidades de trabalho autónomas, permitindo deste modo a materialização destes factos expectáveis na seguinte hipótese:

Relação entre a ênfase de inovação de serviço e a extensão de utilização de sistemas de medidas de performance é indirecta e é materializada através de autonomia estrutural.

5.7. As consequências para os resultados organizacionais da ênfase estratégica na inovação

No âmbito desta tese interessa aferir das consequências organizacionais no que diz respeito às adaptações feitas pela gestão relativamente à sua estratégia, estrutura e SMDs, pelo que à semelhança de diversos autores que adoptam uma óptica multidimensional do desempenho organizacional e , bem como que se adopta o critério organizacional que seja de relevância específica para o sector hospitalar, tais como critérios relativos à capacidade financeira e ao desempenho em termos de prestação de serviços de saúde aos utentes, bem como programas médicos e de formação (*vide e.g.* Pennings, 1975; Steers, 1977; Campbell, 1979; Goodman e Pennings, 1979; Abernethy e Lillis, 2001:115).

À imagem de Abernethy e Lillis (2001) adopta-se neste trabalho de investigação um conjunto de argumentos que sugere que existem ajustamentos sequenciais que decorrem das escolhas estratégicas, sendo que não se assume que exista uma relação directa entre estratégia e resultados de desempenho organizacional, nem sequer será expectável uma relação directa entre os resultados e a estrutura organizacional, pois, de facto, não existirá nenhuma justificação evidente que garanta que o empenho estratégico na inovação resulte necessariamente em resultados organizacionais positivos, sendo que uma melhoria dos resultados organizacionais ocorrerá mais consequentemente quando o organismo de gestão permite a implementação de prioridades estratégicas através dos SMDs e das suas estruturas internas (Miles e Snow, 1992; Abernethy e Lillis, 2001).

É evidente que para além de aferir acerca das ligações individuais que se encontram no modelo, também, é importante aferir do apropriado ajustamento do modelo especificado, isto é, é desejável avaliar as consequências que decorrem das interdependências entre os elementos do modelo, que devem ser considerados na sua totalidade (Abernethy e Lillis, 2001). Existem na literatura diversos contributos que argumentam que os resultados organizacionais podem ser melhorados quando escolhas ao nível dos SMDs ou estratégicas são tomadas pela gestão de modo a que se complementem, como são o caso dos trabalhos de Rotch (1993), Milgrom e Roberts

(1995) e Abernethy e Lillis (2001).⁹ Como referem Abernethy e Lillis (2001:115), o estudo de Rotch (1993) sustenta que os conflitos entre os componentes separados do desenho organizacional, ou até a ausência de suporte organizacional, podem ser uma fonte de fragilidades. No contexto do modelo desenvolvido por Abernethy e Lillis (2001), é de esperar que a relação entre ênfase estratégica na inovação de serviço e os resultados organizacionais será aumentada quando os SMDs e uma estrutura adequada forem implementadas. O estudo de Milgrom e Roberts (1995) argumenta que se apenas um elemento do desenho organizacional é alterado, então tal movimento não estará, nem sequer próximo, de atingir todos os benefícios que seriam possíveis de obter através de acções plenamente coordenadas. Na verdade uma acção individual ao nível de alteração de um elemento de estrutura organizacional poderá até resultar em consequências negativas.

No seguimento da linha de raciocínio e da teorização desenvolvidas por Abernethy e Lillis (2001) espera-se nesta tese que o melhor ajustamento do modelo será aquele onde a ênfase na inovação de serviço influencia o âmbito e dimensão de autonomia estrutural, sendo que, por sua vez, tal influenciará a amplitude de *accountability* através do uso dos SMDs. Este raciocínio pode ser consubstanciado nas seguintes hipóteses:

H3a: Existe uma relação entre a ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficiência, que não é directa, mas ao invés, indirecta através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho da gestão profissional.

H3b: Existe uma relação entre a ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficácia, que não é directa, mas ao invés, indirecta através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho clínico.

⁹ Conforme explanado anteriormente, será plausível que estas expectativas se possam materializar.

5.8. A adopção de uma política de formação e de atribuição de prémios de desempenho como uma inovação para a obtenção de resultados

Conforme referido anteriormente, é com naturalidade que a generalidade dos autores argumentam que o propósito da inovação implica a necessidade de ajustamentos estruturais, bem como o acompanhamento das dinâmicas do mercado (*e.g.* Miller, 1987; Habib e Victor, 1991; Naman e Slevin, 1993; Miles *et al.*, 2000; Slater e Olson, 2000; Abernethy e Lillis, 2001). Obrigando este tipo de atitude à necessidade de acompanhamento quase permanente em relação às melhores práticas em exercício, tornam-se pertinentes os arranjos estruturais que possibilitem maior fluidez organizacional, surgindo a criação de unidades autónomas como uma opção muito interessante (*e.g.* Lawler, 1993; Cohen e Ledford, 1994; Scott e Tiessen, 1999; Bouwens e Abernethy, 2000; Abernethy e Lillis, 2001).

Tendo presente que a descentralização organizacional propulsiona a possibilidade de uma maior responsabilidade ao nível das unidades autonomizadas, torna-se evidente o interesse, e até a necessidade, do desenvolvimento de políticas de incentivos, tanto ao nível da gestão clínica como administrativa, cuja adopção possa vir a estimular e a orientar os respectivos esforços de gestão (*e.g.* Abernethy e Lillis, 2001; Glickman *et al.*, 2007). Quanto à eficácia de tais incentivos, contudo, poderão existir algumas dúvidas, nomeadamente quando a dimensão dos bónus está desproporcionada em relação aos objectivos inerentes (*vide e.g.* Glickman *et al.*, 2007).

Adicionalmente, existe, também, a questão relacionada com o facto de os sistemas de incentivos contemplarem as organizações, não premiando individualmente os profissionais. É o caso do maior programa de incentivos lançado até à data, em 2003, nos EUA, o Hospital Quality Incentive Demonstration, estruturado pelos US Centers for Medicare and Medicaid Services e direccionado para a compensação do desempenho medido transversalmente numa base padrão em relação aos centros médicos, mas sem contemplar os clínicos e *staff* operacional, havendo inclusivamente sido colocado em questão quanto à dimensão dos bónus atribuídos, que muitos consideraram insuficientes para estimular uma melhoria significativa da qualidade dos serviços prestados (*vide e.g.* Glickman *et al.*, 2007:345).

Apesar da existência de tais questões, o que parece ser indiscutível é o facto de que a concepção estratégica de uma atitude inovadora justifica a adopção de uma

política de incentivos ao desempenho (e.g. Abernethy e Lillis, 2001; Glickman *et al.*, 2007), pelo que, conjuntamente com os diversos racionais já desenvolvidos anteriormente nesta tese, se formula a seguinte hipótese:

H4a: Existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a adopção de uma política de bónus.

Paralelamente, e também na sequência das teorias discutidas anteriormente (*vid. e.g.* Lei *et al.*, 1996; Gupta *et al.*, 1997; Abernethy e Lillis, 2001), tendo em consideração que o propósito da adopção de uma política de incentivos terá sobretudo em vista a obtenção de resultados organizacionais, sejam mensurados tanto em acréscimos de eficiência como de eficácia, podem consequentemente ser elaboradas as hipóteses abaixo apresentadas:

H4b: Existe uma relação positiva entre a existência de uma política de prémios de desempenho e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência.

H4c: Existe uma relação positiva entre a existência de uma política de prémios de desempenho e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficácia.

Do mesmo modo que a inovação organizacional pode conduzir à implementação de um sistema de incentivos com o objectivo da obtenção de resultados organizacionais, também será expectável que seja acompanhada da implementação de uma política de formação. Este também será o caso do sector hospitalar em que, para além dos considerandos financeiros e de avaliação do desempenho, é importante a existência de programas de formação, tanto médicos como genéricos, de modo a que possa garantir a actualidade de competências dos seus profissionais, assegurando a sua preparação para a

actuação em ambientes dinâmicos, em que se enquadram as atitudes de inovação (*vide e.g. Abernethy e Lillis, 2001*).

Em linha com o referido, na expectativa de que uma visão estratégica suportada na inovação conduzirá a um estímulo na adopção de políticas de formação, formula-se a seguinte hipótese:

H5a: Existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a existência de incentivos à formação dos recursos humanos.

Neste âmbito, da importância das políticas de formação, também o estudo genérico de Govindarajan (1988) tem relevância particular para esta tese, sobretudo ao nível da prática, pois sugere que os CEO das organizações multinegócios não devem adoptar um padrão uniforme para a gestão, devendo antes adoptar uma abordagem flexível de forma a adaptar a estratégia às unidades de negócios individuais. Em particular, este estudo tem aplicações práticas em duas áreas críticas: a estratégia da gestão de recursos humanos e o sistema de controlo, que será abordado na secção seguinte. Do ponto de vista da gestão estratégica de recursos humanos, tem implicações não só para os responsáveis pela selecção e desenvolvimento de gestores de empresas diversificadas, mas também para os próprios gestores, sendo que todas as decisões são sempre tomadas com o mesmo objectivo em mente, *i.e.* encontrar a forma de melhorar o nível geral de eficácia.

Com base no raciocínio que tem vindo a ser desenvolvido nesta tese e que está suportado pelas teorias apresentadas anteriormente quanto à procura da obtenção de *outputs* organizacionais a partir de uma atitude estratégica de inovação, será expectável a orientação de uma política de formação para os resultados.

No entanto, ao contrário das hipóteses anteriores, que foram formuladas na base na adopção de uma política de incentivos, no caso dos resultados organizacionais esperados em relação ao *output* resultante da implementação de uma política de formação, não se espera a obtenção de ganhos de eficiência, mas apenas de eficácia, pois assume-se que tal formação estará mais direccionada para serviços clínicos, ou relacionados, e não tanto para ganhos de índole financeira.

Em conformidade, no caso do *output* esperado em relação à implementação de uma política de formação, não se formulam duas sub-hipóteses, como no caso das hipóteses referentes à existência de prémios de produtividade, mas apenas a seguinte hipótese única:

H5b: Existe uma relação positiva entre a existência de uma política de formação de recursos humanos e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficácia.

5.9. A inovação ao nível dos sistemas de informação e controlo para a obtenção de resultados

Para além de um conjunto de hipóteses que se debruçam sobre a análise e resultados esperados em relação a uma atitude estratégica de inovação, conforme representado nos cinco tipos de hipóteses já apresentados, segue-se agora a apresentação de um conjunto de hipóteses centrados num tipo de examinação mais tradicional, correspondente à aferição da utilização e impactos da adopção de sistemas de informação e controlo orçamental no sector hospitalar.

A relevância da adopção de sistemas de contabilidade de gestão e de controlo, tanto a nível teórico como empírico, já foi abordada anteriormente nesta tese, tendo sido referenciada literatura diversa em que, inclusivamente, alguma também se debruçou sobre a avaliação da eficácia de mudanças ocorridas nestes sistemas (*e.g.* Daniel e Reitsperger, 1991; Nanni *et al.*, 1992; Preston *et al.*, 1992; Abernethy e Lillis, 1995; Simons, 1995; Abernethy e Chua, 1996; Kaplan e Norton, 1996; Ittner e Larcker, 1997; Scott e Tiessen, 1999; Abernethy e Lillis, 2001).

Na sequência da análise já realizada em relação à importância da inovação organizacional e da, não necessariamente mas expectável, consequente utilização esperada de sistemas de contabilidade de gestão, poder-se-á sustentar a seguinte hipótese:

H6a: Existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, e o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão.

Dado que a introdução, ou a inovação, ao nível dos sistemas de informação e gestão terá por objectivo a obtenção de resultados organizacionais, é também possível formular a hipótese abaixo apresentada:

H6b: Existe uma relação positiva entre o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão e o desempenho, em termos globais, dos resultados organizacionais.

Sem prejuízo de parecer de somenos importância, seja por ser eventualmente consensual ou até indiscutível, convirá sempre, no entanto, ressaltar a importância efectiva quanto à preocupação com o modo de avaliação orçamental, dada a relevância crítica que os sistemas de avaliação de desempenho ocupam na literatura de contabilidade de gestão, permitindo estes que o desempenho dos gestores possa ser avaliado com base em diversos tipos de dados, tanto quantitativos como qualitativos (Hopwood, 1972; Hayes, 1977; Otley, 1978; Hirst, 1983; Govindarajan, 1984). Tal como Otley (1978) e Govindarajan (1988), nesta tese a avaliação orçamental é considerada como uma variável cujos valores dependem da importância dada à obtenção de objectivos orçamentais, nomeadamente durante o processo da avaliação do desempenho de um gestor de topo, podendo resultar num espectro de situações que podem ir desde o limite em que a informação orçamental desempenha um papel relativamente pouco importante na superior avaliação do desempenho de um gestor de uma SBU, até ao extremo em que o desempenho de um gestor de topo é avaliado primariamente na base da capacidade para atingir continuamente as metas orçamentais e em que o gestor receberá uma avaliação de desempenho desfavorável se variações orçamentais negativas ocorrerem, independentemente de quaisquer circunstâncias atenuantes.

Quanto maior a incerteza, maior a dificuldade para os gestores de topo em considerarem os objectivos orçamentais dos seus subordinados como compromissos organizacionais, bem como será mais difícil considerarem variações orçamentais

desfavoráveis como indicadores de fraca performance (*e.g.* Hayes, 1977; Keeley, 1977; Hirst, 1983; Govindarajan, 1984; Govindarajan, 1988), existindo várias justificações para este facto, tais como: i) para atingir *ex-ante* objectivos orçamentais que podem servir como padrões apropriados para uma apreciação de desempenho *ex-post*, um indivíduo tem de ser capaz de prever as condições que irão ocorrer durante o ano seguinte, sendo possível prever tais condições com maior precisão em condições mais estáveis da envolvente do que em condições conjunturais mais incertas, portanto dada uma maior incerteza, os gestores estarão possivelmente mais motivados e poderão reagir de maneiras disfuncionais quando estão pressionados a atingir objectivos orçamentais (Galbraith, 1977); ii) a eficiência que se refere à quantidade de *inputs* por unidade de *outputs*, pode ser avaliada em termos de eficiência de gestão utilizando um orçamento, pelo que dependeria do conhecimento detalhado dos *outcomes* associados com determinadas acções de gestão, isto é conhecimento de relações causa-efeito, argumentando Thompson (1967) que o conhecimento compreensivo de relações causa-efeito existe em condições estáveis, enquanto que em condições de incerteza tal conhecimento será incompleto (*e.g.* Anthony *et al.*, 1984; Govindarajan, 1988); iii) um enfoque orçamental está no *outcome* e não tanto no processo, pelo que os gestores podem ter controlo sobre as suas acções mas não sobre as circunstâncias que interagem com as suas acções para resultarem nesses *outcomes*, pelo que numa condição de elevada incerteza, a informação orçamental não iria espelhar apropriadamente de *per si* o desempenho da gestão.

À semelhança de Govindarajan (1988), nesta tese a relação entre o modo de avaliação orçamental e a incerteza, no âmbito da relação entre incerteza e a estratégia competitiva também suportou a elaboração de hipóteses de investigação. De facto, Govindarajan (1988) formulou a hipótese de que para as SBUs que empregam uma estratégia de diferenciação, a desvalorização de objectivos orçamentais durante avaliações de desempenho estará possivelmente associada com uma elevada eficácia das SBUs; enquanto que para as SBUs que utilizam uma estratégia de baixo custo, o focus na obtenção de objectivos de metas orçamentais durante as avaliações de desempenho estará provavelmente associado com uma elevada eficácia das SBUs.

Efectivamente, no que diz respeito aos sistemas de controlo, o estudo de Govindarajan (1988) contribuiu significativamente para o desenvolvimento de novas abordagens, e tal pressuposto inovador está subjacente nas hipóteses construídas para

esta tese, que sofreram os necessários ajustamentos. Tal é o caso da hipótese abaixo formulada, que a partir da inovação “descentralizada” assume como apropriada a possível utilização de sistemas de controlo orçamental:

H7a: Existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, e o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental.

Ainda em relação aos sistemas de controlo, e à contribuição do estudo de Govindarajan (1988) até para auxiliar os profissionais a desenvolverem novas abordagens para o desenho dos sistemas de controlo, também será relevante salientar que vários autores (e.g. Hayes e Abernethy, 1980) têm argumentado que os sistemas de controle financeiros utilizados por empresas dos EUA, que enfatizam medidas de lucro a curto prazo consagrados nos orçamentos de lucro, poderiam ter conduzido à falta de competitividade internacional por parte das empresas dos EUA. Uma implicação é que os controles financeiros, tais como orçamento-base e sistemas de avaliação precisam ser secundarizados, isto se os executivos americanos pretendem continuar a ser inovadores, mantendo a competitividade global. Este tipo de pesquisa discute até que ponto neste caso as organizações dos EUA podem estar desfocalizadas, não por exercerem demasiado controlo (*overcontrolled*), mas por controlo inadequado (*miscontrolled*). Por exemplo, para atender a um determinado orçamento, ainda pode ser uma meta apropriada o objectivo de um baixo custo para as SBUs, mas técnicas mais flexíveis podem ser necessárias para gerir a diferenciação ao nível das SBUs.

Ao contrário das hipóteses construídas anteriormente para os sistemas de contabilidade de gestão, em que se pretende aferir quanto aos ganhos organizacionais tanto em termos de eficiência como de eficácia, no caso dos sistemas de controlo apenas se teoriza em termos de ganhos de eficiência. Efectivamente, nesta investigação considera-se mais simplesmente que a adopção efectiva de sistemas de controlo orçamental pretende a obtenção de ganhos de eficiência, conforme a visão convencional, independentemente da “eficácia” de tal eficiência, conforme discutido no parágrafo anterior, que seria de difícil determinação, pelo que, em conformidade, se apresenta abaixo a última hipótese modelizada:

H7b: Existe uma relação positiva entre o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e a obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência.

Finalmente, o resumo modelizado das hipóteses formuladas nesta tese apresenta-se na figura 5.1. colocada na página seguinte:

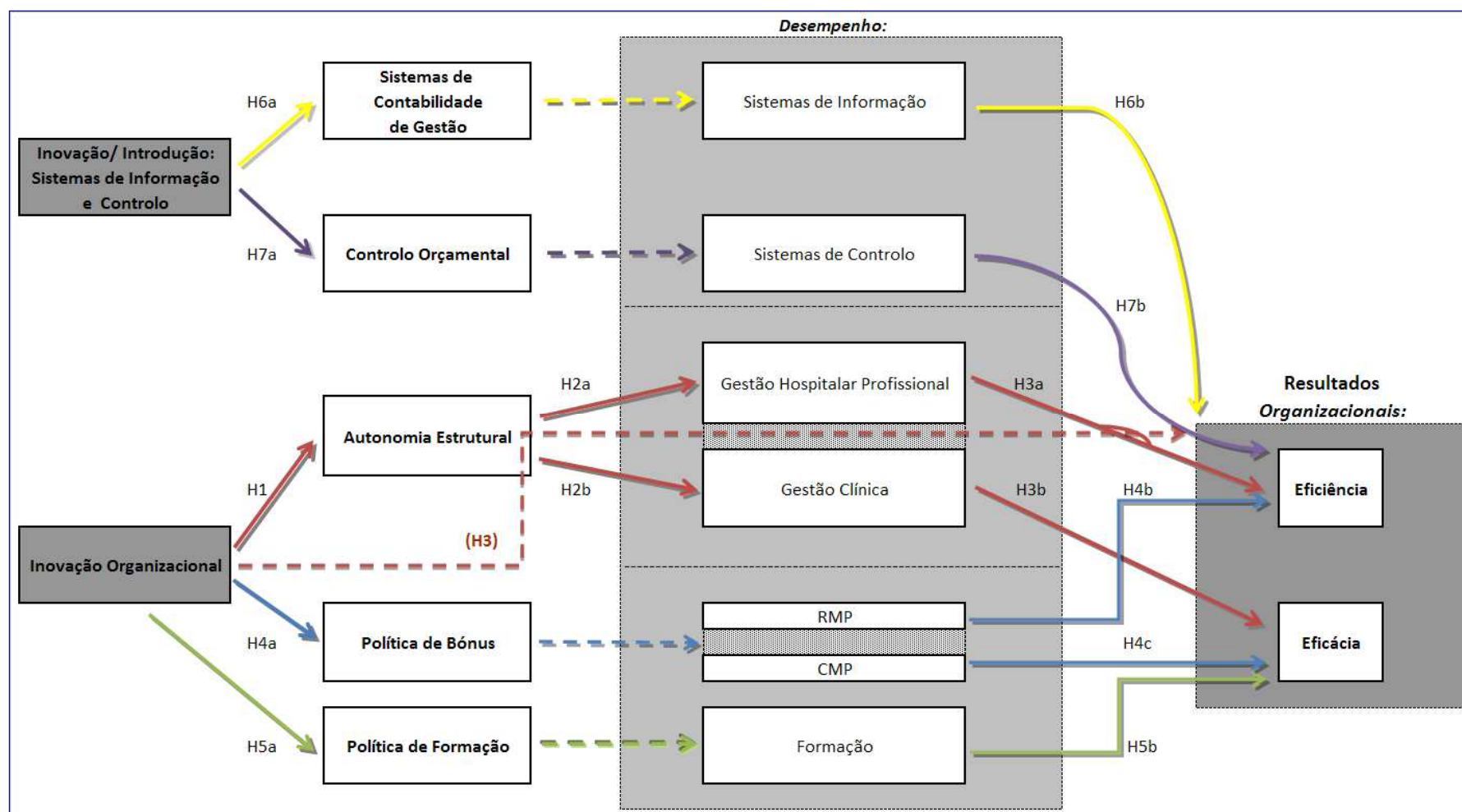


Figura 5.1. Hipóteses Modelizadas

5.10. Comentários finais

Neste capítulo construíram-se as hipóteses modelizadas a partir de um conjunto de diversas dimensões que foram sendo introduzidas ao longo da tese e que agora se concretizaram, tornando-se objectivas a partir de formulações teóricas, suportadas por literatura e raciocínios lógico-dedutivos. Estas incluíram análises variadas, desde o estudo das relações entre inovação organizacional, sistemas de informação e controlo, e desempenho e resultados organizacionais, bem como da examinação das questões da estratégia competitiva, particularmente no âmbito do sector hospitalar e no tocante à sua ligação com a autonomia estrutural e sistemas de mensuração do desempenho.

O desenvolvimento teórico das diversas hipóteses, permitiu a referida concretização em hipóteses, que foram modeladas com vista a permitir o seu posterior teste, tanto por via quantitativa, primária nesta tese, como por possível via qualitativa, como já exposto anteriormente. Deste modo, formulou-se neste capítulo um conjunto basilar de hipóteses, incorporando a examinação de possíveis relações positivas entre: a inovação de serviço e a extensão de autonomia delegada para unidades hierarquicamente inferiores; o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho do órgão hospitalar profissional ou, alternativamente, do desempenho da gestão clínica; uma ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficiência e indirecta, através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho da gestão profissional, ou, alternativamente, via eficácia; existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a adopção de uma política de bónus; a existência de uma política de prémios de desempenho e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência ou, alternativamente, via eficácia; uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a existência de incentivos à formação dos recursos humanos; bem como entre a existência de uma política de formação de recursos humanos e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficácia.

Paralelamente, ao nível da análise da possível inovação ao nível dos sistemas de informação e controlo para a obtenção de resultados, também foram concebidas e

modelizadas diversas hipóteses, com vista a investigar possíveis relações positivas entre: uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, e o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão ou, alternativamente, com o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental; o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão e o desempenho, em termos globais, dos resultados organizacionais; e, finalmente, entre o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e a obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência.

Sequentemente, no capítulo seguinte, que é consagrado inteiramente à análise empírica de um estudo realizado a partir de inquéritos, passa-se ao correspondente teste das hipóteses formuladas aqui, por via de análise quantitativa.

Capítulo VI: Análise dos Inquéritos

6.1. Introdução

Neste capítulo procede-se à examinação empírica e quantitativa do inquérito concebido especificamente para testar o conjunto das hipóteses apresentado no capítulo anterior. Em termos de organização de conteúdos, após este breve prelúdio, o capítulo inicia o desenvolvimento do estudo empírico com uma secção onde se descreve o procedimento da recolha de dados, bem como da construção amostral e respectiva caracterização. De seguida, em jeito de interlúdio, segue-se uma análise factorial, em que se realiza a identificação estatística dos factores que se utilizam nesta investigação, apresentando-se também a metodologia primária utilizada para as respectivas agregações dimensionais, que já havia sido precedida pelo desenvolvimento teórico que permitiu a formulação do modelo teórico global.

Suportada pela realização da análise factorial e da respectiva identificação e avaliação dimensional, apresenta-se de seguida o conjunto das variáveis construídas para o estudo empírico quantitativo. Ressalve-se que esta construção foi sujeita a uma estruturação que implicou não apenas um reajustamento do modelo inicial de análise, mas também subsequentes testes de (re)ajustamento, *i.e.* considerando conjuntamente não apenas os dados de base, mas também o seu ulterior tratamento estatístico, descrito em diversas secções do capítulo. Efectivamente, refira-se que o processo de construção das variáveis é acompanhado pela apresentação de diversas estatísticas descritivas, para além da análise por via de inferência estatística.

Após a secção da construção das variáveis e das respectivas estatísticas descritivas, apresenta-se, em *allegro*, uma secção debruçada sobre o processo de inferência estatística a partir de uma análise estatística bivariada, focada no teste das hipóteses formuladas no Capítulo V. O conjunto de inferência estatística inclui o estudo das possíveis relações entre: inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural; autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho; ênfase estratégica na inovação de serviço e uso de sistemas de avaliação de desempenho para obtenção de

resultados organizacionais; inovação organizacional/serviço e política de bónus; existência de uma política de bónus e prémios e resultados organizacionais, por via da eficiência; política de bónus e prémios e resultados organizacionais, por via da eficácia; inovação organizacional/serviço e política de formação; política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia e resultados organizacionais, por via da eficácia; ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de informação/gestão; desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e resultados organizacionais; ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de controlo orçamental; e desempenho dos sistemas de controlo orçamental e resultados organizacionais, por via da eficiência.

Finalmente, antes do *requiem* do capítulo, cujas conclusões, no entanto e em boa verdade, ainda terão repercussões para os capítulos seguintes da tese, procede-se a uma análise e discussão dos resultados, compreendendo uma examinação a partir do resumo dos resultados obtidos para as hipóteses em estudo, bem como uma análise dicotómica dos resultados obtidos para as organizações hospitalares públicas *versus* privadas.

6.2. Recolha dos dados e amostra

A amostra recolhida para o estudo do sector hospitalar público e privado em Portugal é composta por 49 respostas obtidas a partir de um conjunto de 96 questionários enviados entre 2010 e 2011, correspondendo a uma lista de 65 hospitais públicos e 31 privados que, à data de início de 2010, foi apurado ser o universo hospitalar.¹⁰ Mais especificamente, foram obtidas 36 respostas, consideradas válidas, de entidades públicas e 13 de entidades privadas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 55,38% para os hospitais públicos e de 41,93% para as unidades privadas, correspondendo a uma

¹⁰ É importante ressaltar que a população em estudo, *i.e.* o sector hospitalar em Portugal, tem vindo a ser sujeita a um forte dinamismo que tem resultado em diversas fusões, extinções e também na criação de novas entidades, pelo que a listagem de hospitais apresentada no anexo B não corresponderá certamente ao universo hospitalar actual. Também é importante notar que não foram incluídos centros de saúde, ainda que actualmente diversos tenham vindo a ser integrados em unidades hospitalares, com consequentes impactos ao nível da caracterização do sector, incluindo vertentes tais como, dimensão, organização, entre outros.

percentagem de respostas válidas global de 51,04%.¹¹ Finalmente, também será importante referir que os hospitais privados compõem 26,53% da amostra, enquanto que os hospitais públicos compreendem 73,47%.

Em termos de caracterização do sector hospitalar representado na amostra pode-se indicar que, em termos médios, as unidades hospitalares do sector público são de maior dimensão, bem como de estrutura organizacional mais complexa. De facto, enquanto que o número médio de camas por hospital no sector público ronda as 336 (35 observações), no sector privado esse número é apenas de 123 (13 observações), para uma média total de 278 camas em toda a amostra (48 observações). Em relação ao número de departamentos clínicos do hospital, ele ascende a uma média de 15 nos hospitais públicos (34 observações), enquanto que no sector privado é inferior a 3 (12 observações), acrescentando que em média quase 2 coordenadores de departamento possuem formação em administração hospitalar no sector público, ao passo que no sector privado essa média é de apenas 0,25, para o mesmo número de observações referenciado acima.

Quanto à experiência das direcções, as diferenças são menos significativas, registando-se, contudo, indicadores de antiguidade superiores para o sector privado. Em termos de antiguidade da direcção clínica, ela supera os 3 anos no sector público, e os 8 anos no privado, sendo que o período de tempo de colaboração do director clínico em termos de colaboração no hospital, não necessariamente em funções de direcção, supera os 16 anos tanto no sector público como privado. No que diz respeito à administração e/ou gestão hospitalar, o tempo médio de serviço em funções de administração é de cerca de 7 anos no sector público, enquanto que no sector privado ascende quase aos 13 anos, sendo que o período de tempo de colaboração no hospital, não correspondendo necessariamente a funções de administração, ascende aos 10 anos no sector público e aos 13 anos no sector privado.

Em relação a alguns parâmetros fundamentais em termos de métrica, os hospitais públicos identificaram-se abaixo da média ao nível de uma atitude inovadora, com um valor médio de 3,2, numa escala de 1 a 7. Já o nível de inovação nos hospitais

¹¹ Relembra-se que foram realizadas variadíssimas insistências utilizando diversas vias, incluindo postal, telefónica e electrónica, cujo o sucesso por vezes resultou em apenas mais uma resposta obtida, pelo que se considera irrelevante a apresentação das taxas de sucesso correspondente a essas insistências.

privados situa-se praticamente na média, atingindo os 3,85, considerando-se, portanto, mais inovadores do que os hospitais públicos. O maior nível de inovação registado para os hospitais públicos foi de 5, apenas num caso; enquanto que para os hospitais privados registou-se um máximo de 6, num caso, e 3 observações com um nível 5. Por sua vez em termos mínimos nenhuma instituição se auto-considerou com um inovação mínimo.

Curiosamente, apesar das instituições privadas se considerarem mais inovadoras, verifica-se que são os hospitais públicos que aderem mais a esquemas de remunerações variáveis adicionais, com 36,1% dos casos, *versus* 30,7% de instituições com remunerações adicionais no sector privado.

Ao nível da produção de informação de gestão verifica-se que a periodicidade é ligeiramente superior no sector privado, embora tanto no sector público como privado se registre um claro predomínio de produção de informação trimestral.

6.3. Análise factorial e avaliação dimensional

6.3.1. Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural

Inovação organizacional/serviço:

Tal como referido anteriormente, para a métrica da inovação organizacional/serviço, questionou-se os responsáveis organizacionais quanto ao grau de mudança e inovação na oferta de serviços, a ser classificada pelos respondentes a partir de um único item, classificado numa escala de Likert de 1 a 7, correspondendo, portanto, a uma dimensão única de resposta.

Autonomia estrutural:

A análise factorial (*factor analysis*) sugere que a escala das questões referentes à autonomia estrutural é unidimensional, pois da análise da variância total explicada verifica-se que o valor *eigen* (*eigenvalue*) do primeiro factor, ou factor com o *eigenvalue* mais elevado, é bastante superior ao seguinte, mais concretamente 3,11

versus 1,86, sendo esta interpretação suportada no trabalho seminal de Cattell (1966), amplamente citado na literatura desde então.

Importa justificar a metodologia primária utilizada nesta tese quanto à identificação estatística dos factores. Raymond B. Cattell apresentou em 1966 um método alternativo à metodologia “Guttman-Kaiser”, que estava em voga na altura, denominado *scree test* e que consiste na observação de quebras súbitas nos *eigenvalues*, observáveis num simples gráfico com as observações dos *eigenvalues* para todos os factores analisados. Na metodologia proposta por Cattell, observando os factores ordenados de forma decrescente, até ao ponto de inflexão súbita todos os factores com valor *eigen* mais elevados seriam os considerados. É evidente que esta metodologia consiste numa *rule of thumb*, existindo diversas alternativas, sendo uma das mais comuns a “Guttman-Kaiser”, que basicamente consiste em seleccionar factores a partir de *eigenvalues* superior a um, tendo este tipo de procedimento sido sugerido inicialmente por Guttman (1954) e ajustado e popularizado posteriormente por Kaiser (1960, 1961). Contudo, a aplicação universal deste *threshold* viria a ser questionado, referindo Humphreys e Montanelli (1975) não ser apropriado para matrizes de correlação mais pequenas, enquanto que Smith e Miao (1994), testando diversa evidência, verificaram ser possível obter análise factorial unidimensional mesmo com *eigenvalues* superiores a um, sugerindo um *threshold* de 1,4, entre outras propostas e conclusões disponíveis na literatura. É evidente que todas as propostas apresentam vantagens e *drawbacks*, sendo que nesta tese se atende primeiramente a Cattell (1966), sem prejuízo de uma análise complementar com recurso a Kaiser (1960), utilizando-se o critério do *alpha* de Cronbach (1951) para a confirmação da consistência amostral.

Regressando à análise em concreto do factor autonomia estrutural, é importante salientar que os oito itens da quinta questão da primeira secção do questionário foram construídos a partir de diferentes fontes. Pelo que, até para ilustrar algumas das questões metodológicas referidas acima, se fará primeiro uma análise parcial e só depois se apresentará a análise global para este factor, de modo detalhado.

Para os primeiros quatro itens da quinta questão do questionário, referente à primeira secção, construídos por Govindarajan (1988), a diferença dos *eigenvalues* dos dois primeiros factores é de 2,06 *versus* 0,86, sendo que o primeiro factor contabiliza

51,5% da variância total. Para os restantes quatro itens, de elaboração própria, mantém-se este *status*: 2,61 *versus* 0,9, ou seja o primeiro factor explica globalmente a maioria da variabilidade do conjunto, neste caso 65,3% da variância total. Portanto, numa perspectiva de análise factorial para cada um destes conjuntos, claramente poder-se-iam considerar ambos como unidimensionais: o primeiro factor surge claramente destacado do seguinte, sendo cumulativamente o único a apresentar um *eigenvalue* superior tanto a 1, como a 1,4.

Quando analisados os oito itens em conjunto, o primeiro factor continua a ter um valor *eigen* bastante superior ao segundo factor, mais concretamente 3,11 *versus* 1,86, respectivamente, para 47 observações completas (*listwise*). Acresce que o primeiro factor contabiliza 39% da variância total, o que é muito significativo, tendo em consideração que agora estão incluídos oito factores na análise. Contudo, o facto de o factor seguinte ser superior a 1,4 pode suscitar dúvidas quanto à unidimensionalidade deste factor. No entanto, adiciona-se a informação que o segundo factor apresenta um *eigenvalue* não muito distante do terceiro, ligeiramente superior a um, que por sua vez é próximo do quarto, 0,86. Em suma, a quebra súbita ocorre entre o primeiro e o segundo factor, daí a conclusão quanto à consideração do factor autonomia estrutural como unidimensional, mesmo quando considerados os oito itens em apreço na questão cinco.

Esta avaliação factorial é corroborada pelo *alpha* de Cronbach (Cronbach, 1951), que assume o valor de 0,77 (0,78 quando padronizado) para os oito itens referentes à autonomia estrutural, ou seja, um coeficiente claramente superior a 0,7, limite indicativo, como *rule of thumb*, considerado mínimo nas ciências sociais para a avaliação da consistência amostral (*e.g.* Nunnally, 1978).¹² Deste modo, a agregação dos oito itens para análise não parece oferecer dúvidas.

¹² Dado não terem sido obtidas respostas a todas os itens e/ou questões em alguns questionários, no tratamento dos dados em falta utilizou-se tanto o procedimento *listwise* como *pairwise* (no primeiro procedimento apenas se consideram as observações completas, enquanto que no segundo se consideram as observações incompletas, ou em falta, para a obtenção das estimativas) de modo a aferir quanto a possíveis diferenças, não se tendo registado, contudo, quaisquer diferenças significativas ao nível das estatísticas obtidas. Em termos de resultados apresentados nesta tese, na análise factorial utilizou-se o procedimento *listwise*, enquanto que os valores *alpha* de Cronbach denotam a utilização do procedimento *pairwise*. Como exemplo da insignificância das diferenças registadas, no caso da autonomia estrutural, em que não foram obtidas repostas completas para dois questionários, utilizando-se a metodologia *listwise* obtiveram-se 3,11 e 1,86 como valores para os dois primeiros factores, enquanto que empregando o procedimento *pairwise* obter-se-iam os valores de 3,09 e 1,88, respectivamente; totalizando o primeiro.

6.3.2. Sistemas de mensuração do desempenho e resultados organizacionais

Sistemas de mensuração do desempenho:

Para a métrica dos sistemas de mensuração do desempenho foram incluídos sete itens, tal como desenvolvido por Abernethy e Lillis (2001), na questão cinco da primeira parte do questionário. Os sete itens foram sujeitos a uma análise factorial e foi possível identificar uma estrutura global de dois factores, o que oferece suporte para o agrupamento em duas dimensões de sistemas de mensuração do desempenho. Na análise conjunta dos sete itens, os dois primeiros factores explicam 79% da variância total, com a diferença de *eigenvalues* do primeiro factor para o terceiro, de 3,88 para 0,44, sendo que o valor *eigen* do segundo factor, 1,63, também aparece bastante destacado do terceiro, para um total de 46 observações *listwise*. Verifica-se uma “quebra súbita” tanto entre o primeiro e o segundo factor, como também entre o segundo e o terceiro factores, pelo que se pode sugerir que os dois primeiros itens da questão seis do questionário, desempenho orçamental e objectivos de produtividade representam um factor genérico de avaliação do desempenho da gestão hospitalar profissional, enquanto que os restantes cinco referem-se a uma dimensão mais qualitativa, *i.e.* relacionam-se com a avaliação de desempenho da gestão clínica, que pode ser considerada como um outro factor global.

A correlação entre os dois itens que compõem o primeiro factor foi de 0,629, para 47 observações, um coeficiente elevado, sendo também estatisticamente significativo num intervalo de confiança de 99%; por sua vez o coeficiente do *alpha* de Cronbach para o factor global composto pelos cinco itens remanescentes é também bastante elevado: 0,918. Estes indicadores estatísticos oferecem sustentação para a soma dos dois primeiros itens relacionados com as medidas referentes à avaliação de desempenho da gestão profissional; bem como para a adição dos restantes cinco itens enquanto representação do critério de avaliação de desempenho da gestão clínica.

factor a variância total de 38,9% *versus* 38,7%, respectivamente. Em sentido oposto, caso o *alpha* de Cronbach tivesse por base o procedimento *listwise*, em vez do *pairwise* que foi utilizado, obter-se-ia o coeficiente 0,776 em vez do valor 0,774, apresentado acima arredondado com o valor de 0,77 (*pairwise*).

Resultados organizacionais:

Em relação à avaliação dos resultados organizacionais foram considerados seis itens na questão sete, na sequência do desenvolvido teórico preconizado por Abernethy e Lillis (2001). À semelhança do referido estudo de Abernethy e Lillis (2001), verificou-se nesta tese que, aparentemente, os directores financeiros não tiveram dificuldade em avaliar o seu hospital, em comparação com os demais que apresentam funções e tamanhos semelhantes, até porque parece existir uma rede informal entre, pelo menos, alguns dos administradores hospitalares em Portugal, conforme escalpelizado posteriormente no capítulo que versa a análise dos estudos de caso.

A análise factorial dos seis critérios obtida por Abernethy e Lillis (2001) indicou a existência de duas dimensões de resultados, próximas de uma vertente de eficiência e de uma vertente de eficácia, sendo que os critérios relacionados com a eficiência consistem na capacidade de obter recursos e de controlar custos, enquanto que os restantes quatro itens capturaram resultados relacionados com a eficácia, tais como qualidade dos departamentos de saúde, investigação e formação.

Similarmente, os seis itens foram alvo de uma análise factorial nesta tese, tendo emergido os mesmos dois padrões genéricos, também passíveis de agregação em dois factores distintos. Efectivamente, da examinação global dos seis itens em apreço, para um total de 46 observações *listwise*, os dois primeiros factores explicam 67,1% da variância total, com a diferença de *eigenvalues* do primeiro factor para o terceiro, de 2,94 para 0,75, sendo que o valor *eigen* do segundo factor, 1,08, também aparece destacado do terceiro. Estes resultados suportam a análise separada em duas dimensões fundamentais, nomeadamente o contributo da eficiência da gestão para a obtenção de resultados organizacionais, aferida pelos dois primeiros itens da questão número sete; e o contributo da eficácia do serviço médico para o *output* organizacional, medida pelos restantes quatro itens.

A correlação entre os dois itens que compõem o primeiro factor foi de 0,552, para 47 observações, um coeficiente elevado e com um valor de prova de 0,0001, *i.e.* estatisticamente significativo a um nível de confiança de 99%; enquanto que o coeficiente do *alpha* de Cronbach para o factor global composto pelos quatro itens

remanescentes é superior a 0,7, mais especificamente apresenta o valor de 0,74 (0,742 quando padronizado). Estes indicadores estatísticos reforçam o procedimento de agrupamento em dois factores, resultados organizacionais gerados pela eficiência da gestão e pela eficácia do serviço clínico, medidos pelos dois primeiros itens relacionados com as questões financeiras e pelos demais relacionados com a qualidade do serviço médico, respectivamente.

Dado a Hipótese 6b presumir a utilização da variável resultados organizacionais na sua totalidade, também se procedeu à avaliação da razoabilidade da sua utilização agregada, *i.e.* correspondendo ao somatório dos seis itens da questão sete, tendo-se obtido um coeficiente do *alpha* de Cronbach de 0,78, valor suficientemente significativo para justificar tal procedimento alternativo.

6.3.3. Política de bónus e prémios e política de formação

Política de bónus e prémios:

Relativamente à análise da política de bónus e prémios, verifica-se uma adesão menor do que para os aspectos examinados anteriormente. Contudo, existem observações suficientes para a consideração no presente estudo.¹³ Na sequência da análise factorial, os sete itens considerados na nona questão, da primeira parte do questionário, foram agregados em duas dimensões, nomeadamente relacionando a avaliação do contributo da existência de uma política de bónus e prémios para a obtenção de resultados organizacionais, via ganhos por eficiência da gestão, mensurados a partir dos primeiros dois itens da questão número nove; e via contributo da eficácia do serviço médico medida pelos restantes cinco itens.

A análise conjunta dos sete itens, para um total de 23 observações *listwise*, revela que os dois primeiros factores explicam 79,8% da variância total, com a diferença de *eigenvalues* do primeiro factor para o terceiro, de 4,35 para 0,6, sendo que

¹³ Para esta dimensão da política de bónus e prémios, é necessário ter em consideração que o reduzido número de observações obriga a observar as conclusões obtidas a partir da análise factorial com a maior reserva. Contudo, tal não inviabiliza o procedimento utilizado, até porque da combinação da análise factorial, com o desenho teórico precedente, ir-se-á utilizar este factor tanto na sua aceção unidimensional, como bidimensional, como é possível observar em seguida.

o valor *eigen* do segundo factor, 1,24, também aparece bastante destacado do terceiro. Os dois primeiros itens da nona questão do questionário, objectivos do orçamento e adesão a procedimentos da gestão, representam o factor fundamental de avaliação do desempenho da gestão hospitalar profissional, enquanto que os restantes cinco referem-se a uma dimensão mais qualitativa, *i.e.* estão relacionadas com a avaliação de desempenho por parte da gestão clínica, considerada nesta tese como o outro factor crítico.

A correlação entre os dois itens que compõem o primeiro factor foi de 78,9%, para 23 observações, um coeficiente bastante elevado, sendo também estatisticamente significativo num intervalo de confiança de 99%; enquanto que o coeficiente do *alpha* de Cronbach para o factor global composto pelos restantes cinco itens é de 0,83. À semelhança dos resultados obtidos anteriormente, é suportado o emparelhamento dos dois primeiros itens relacionados com as medidas da aferição do desempenho da gestão profissional; tal como o agrupamento dos restantes cinco itens relacionados com o desempenho da gestão clínica.

Finalmente, é de ressaltar que a Hipótese 4a teorizou a utilização da dimensão política de bónus na sua plenitude, pelo que é aconselhável aferir quanto à avaliação conjunta do total de sete itens construídos para a questão nove. A aplicação do *alpha* de Cronbach resultou num elevado coeficiente de 0,89, valor muito significativo e que justifica a agregação da totalidade dos itens para análise específica e alternativa.

Política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia:

As questões dez e onze da primeira parte do questionário pretendem aferir da existência de uma política de formação e da consequente possibilidade de ganhos de eficácia, naturalmente ao nível do serviço clínico.

Em termos da avaliação percebida quanto à existência efectiva de uma política de formação nas unidades hospitalares, dimensão mensurada pela questão dez, a análise factorial sugere que a respectiva escala dos cinco itens apresentados à colação é claramente unidimensional, pois verifica-se que o valor *eigen* do primeiro factor, ou

factor com o *eigenvalue* mais elevado, é bastante superior ao seguinte: 4,17 *versus* 0,45, contribuindo o primeiro factor para explicar 0,833 da variância total, consideradas 48 observações *listwise*. Portanto, fica claramente demonstrado que o primeiro factor explica globalmente a maioria da variabilidade do conjunto, neste caso 83,3% da variância total.

A indicação da análise factorial também é claramente confirmada pelo *alpha* de Cronbach, que assume o valor de 0,98, pelo que a soma dos cinco itens para a análise da existência de uma política de formação parece ser um procedimento inquestionável.

Em relação à possibilidade de ganhos de eficácia, ao nível do *output* do serviço clínico, decorrente da existência de uma política de formação, aferida pela questão onze da primeira secção do questionário, também a escala dos nove itens sujeitos a inquirição revelou ser unidimensional. A variância total explicada pelo primeiro factor é de 62,9%, apresentando um *eigenvalue* bastante superior quando comparado com o factor seguinte: 5,66 *versus* 0,92, para um total de 45 observações.

Consequentemente, a consideração conjunta dos onze itens para análise não parece ser questionável, até porque o valor do *alpha* de Cronbach também é bastante elevado, 0,919.

6.3.4. Ênfase estratégica na inovação e utilização de sistemas de gestão e controlo

Utilização de sistemas de informação/gestão e controlo orçamental:

A secção dois do questionário é dedicada à análise dos sistemas de informação/gestão e controlo, no que respeita à sua relação com os aspectos estratégicos referidos anteriormente, nomeadamente inovação e autonomia de serviço.

Para aferir quanto ao uso efectivo de técnicas de contabilidade de gestão e controlo foi elaborado um conjunto de doze itens, apresentado na questão três da segunda secção do questionário, dos quais os três primeiros respeitam à utilização de sistemas de controlo, enquanto que os restantes nove se relacionam com o uso de sistemas de contabilidade e gestão no sector hospitalar. Concorrentemente, também foi

concebida a questão seis da secção dois do questionário, que se debruça sobre a utilização efectiva de sistemas de controlo orçamental, cujos respectivos itens, seis no total, destinam-se a avaliação factorial conjunta com os três itens de natureza semelhante, constantes na questão três, conforme referido acima.

A análise factorial dos nove itens da questão três relacionados com a utilização de sistemas de informação/gestão indica unidimensionalidade, dada a súbita quebra nos *eigenvalues* do primeiro para o segundo factor. Enquanto que o primeiro factor apresenta o valor *eigen* de 4,59, o segundo factor é de apenas 1,37, situando-se o terceiro abaixo de um, mais concretamente registando um *eigenvalue* de 0,95, para um total de 46 casos completos (*listwise*). O primeiro factor é responsável pela explicação de 51% da variância total.

O agrupamento na dimensão dos sistemas de informação/gestão é corroborado pela estatística do *alpha* de Cronbach. Para os nove itens relacionados com a utilização de sistemas de contabilidade e gestão apresenta o clarividente valor de 0,881.

Acerca da utilização efectiva de sistemas de controlo orçamental, foi elaborada uma análise factorial conjunta dos respectivos itens relacionados da questão três com a totalidade dos itens da questão seis, sendo sugerida também a unidimensionalidade deste factor global. O primeiro factor aparece com um *eigenvalue* destacado, 3,03 *versus* 1,73 do segundo factor, com os factores seguintes a registarem valores próximos de um, 1,04 e 0,94, para o terceiro e quarto factores, respectivamente. O factor com o *eigenvalue* mais elevado é responsável por mais de 1/3 da variância total explicada, para 46 observações completas. Trata-se de uma situação factorial semelhante à do factor autonomia estrutural, analisado anteriormente nesta secção da tese.

Também tal como aconteceu no caso da análise de consistência para os itens da autonomia estrutural, a análise da consistência amostral para todos os nove itens das questões três e seis relacionados com o factor global da utilização de sistemas de controlo, utilizando a estatística do *alpha* de Cronbach, resultou num valor superior a 0,7, mais concretamente de 0,746, justificando assim a utilização conjunta dos nove itens.

Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo:

No seguimento da dimensão abordada anteriormente, a questão quatro da segunda secção do questionário pretende aferir acerca da ênfase estratégica das organizações hospitalares na inovação ao nível dos sistemas de informação e controlo, bem como na possível preocupação com introdução deste tipo de sistemas. Apesar de esta questão englobar aspectos relacionados tanto com os sistemas de controlo orçamental, como com os sistemas de informação de gestão, em termos de modelização teórica pretende-se aferir quanto à utilização como uma única dimensão.

A análise factorial aplicada aos doze itens sugere a unidimensionalidade, suportada na argumentação de Cattell (1966), dada a quebra pronunciada nos *eigenvalues* do primeiro para o segundo factor, de 4,67 para 1,38, sendo que os factores seguintes apresentam valores próximos do segundo, nomeadamente 1,29, 1,16 e 0,78. Apesar de pelo prisma clássico de Kaiser (1960, 1961) poderem ser considerados possivelmente quatro factores, dado apresentarem *eigenvalues* superiores a um, na realidade apenas um supera o *threshold* de 1,4, proposto por autores mais actuais, como é o caso de Smith e Miao (1994), que observaram ser possível considerar análise factorial unidimensional com *eigenvalues* superiores a um, até ao limite de 1,4. Deste modo, fica reforçada a análise unidimensional suportada não só pelo argumento base de Cattell (1966), mas também corroborada pelos resultados dos testes obtidos por Smith e Miao (1994).

Neste tópico de análise, o primeiro factor concentra 38,9% da variância para 41 observações completas, sendo a apreciação conjunta dos doze itens como unidimensional corroborada pelo critério do *alpha* de Cronbach, que apresenta o valor bastante significativo de 0,837.

6.3.5. Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e de controlo orçamental

Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão:

Quanto à avaliação factorial do desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão, aferida pela métrica dos cinco itens considerados na questão sete da segunda secção do questionário, ela resultou claramente unidimensional. Considerando 49 casos completos, a diferença dos *eigenvalues* do primeiro factor para o segundo é evidente, 4,02 para 0,55, podendo afirmar-se que o primeiro factor explica globalmente a variabilidade do conjunto, com 80,4% da variância total. Esta avaliação é corroborada pelo elevado valor obtido para o *alpha* de Cronbach: 0,94.

Desempenho dos sistemas de controlo orçamental:

Da análise dimensional do conjunto dos itens relacionados com o desempenho dos sistemas de controlo orçamental sobressaiu apenas um factor. Tal como na análise precedente, referente ao desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão, os resultados obtidos para o conjunto dos cinco itens da questão oito, segunda parte do questionário, indicam uma escala unidimensional, justificada pelo facto do valor *eigen* do primeiro factor, ou factor com o *eigenvalue* mais elevado, ser bastante superior em relação ao imediatamente a seguir: 4,05 *versus* 0,38, totalizando o primeiro factor 81,1% da variância total, considerados 49 casos *listwise*, ou seja, o primeiro factor explica globalmente a maioria da variabilidade do conjunto, *i.e.* a variância total.

A avaliação factorial é claramente corroborada pelo *alpha* de Cronbach, que regista o valor de 0,94, pelo que fica solidamente justificada a consideração conjunta dos cinco itens para análise.

6.3.6. Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão e de controlo orçamental

Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão:

Quanto à métrica referente à contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão, ela baseia-se na questão nove da secção dois do questionário, incluindo apenas um item de resposta, pelo que não faz sentido proceder a qualquer análise factorial, dado tratar-se de um tópico unidimensional.

Em termos de tratamento de dados, de modo a uniformizar o padrão genérico de resposta ao questionário, a escala de resposta de -3 a 3, “obstáculo” a “muito importante”, foi reajustada para a mesma métrica utilizada nas outras variáveis, de 1 a 7.

Contribuição dos sistemas de controlo orçamental (eficiência):

À semelhança da variável descrita acima, a métrica da contribuição dos sistemas de controlo orçamental para a obtenção de ganhos em eficiência também é obtida a partir de um único item de resposta, colocado na questão dez da secção dois do questionário, tendo-se também reajustado a escala de resposta para efeito do tratamento de dados, de -3 a 3, para 1 a 7.

6.4. Construção das variáveis e estatísticas descritivas

Na sequência da análise factorial realizada na secção anterior, e da respectiva identificação e agrupamento dimensional, que foi precedida pelo desenvolvimento do substrato teórico que suportou o desenvolvimento do subsequente modelo teórico, foram construídas as variáveis que se apresentam na tabela abaixo, cuja estruturação tem implícita um reajustamento do modelo inicial de análise, que será, adicionalmente, sujeito nas secções seguintes a mais testes de *fitting*, de modo a apurar-se a consequente versão final, já considerando não apenas os dados de base, mas também o seu tratamento estatístico. Na Tabela 6.1 apresenta-se a lista de variáveis utilizadas, bem como a respectiva codificação, sob a forma de siglas, na sua maioria acrónimos para facilitar a compreensão na leitura da tese.

Tabela 6.1 - Lista de Variáveis

IO	Inovação organizacional/serviço
AE	Autonomia estrutural
RMP	<i>Resource Management Performance</i> -Sistemas de mensuração do desempenho
CMP	<i>Clinical Management Performance</i> -Sistemas de mensuração do desempenho
RO1	Resultados organizacionais (Eficiência)
RO2	Resultados organizacionais (Eficácia)
RO	Resultados organizacionais (RO1 e RO2 agregados)
PB1	Política de bónus e prémios (Eficiência)
PB2	Política de bónus e prémios (Eficácia)
PB	Política de bónus e prémios (PB1 e PB2 agregados)
PF1	Política de formação
PF2	Política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia
SI	Utilização de sistemas de informação/gestão
SC	Utilização de sistemas de controlo orçamental
ISIC	Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo
DSCG	Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão
DSCO	Desempenho dos sistemas de controlo orçamental
CSCG	Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão (variável de controlo)
CSCO	Contribuição dos sistemas de controlo orçamental (eficiência) (var. controlo)

Na Tabela C.1, colocada no anexo C, apresentam-se as estatísticas descritivas para as diversas variáveis, elaboradas para o conjunto das respostas obtidas, no Painel B, que suporta primariamente a análise das variáveis que se apresenta em seguida, bem como se exibem no Painel A as estatísticas descritivas construídas para o conjunto das observações obtidas apenas a partir de questionários completos.

6.4.1. Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural

Inovação organizacional/serviço:

Em termos de estatísticas descritivas, em relação à variável “inovação organizacional/serviço” foram obtidas 48 respostas, com o valor médio de 3,31 e mediana de 3, ou seja, em geral não há o reconhecimento por parte das organizações de que possuam um elevado grau de inovação organizacional, dado estar abaixo do nível de indiferença, 4. No entanto, é de salientar o elevado coeficiente de variação, quase 30%, havendo efectivamente alguma disparidade de respostas, desde um mínimo de 2,

até ao máximo de 6, revelando também existirem organizações hospitalares com elevado grau de inovação percebido. Finalmente, a *kurtosis* e a *skewness* apresentam valores no intervalo $[-2;+2]$, o que sugere a normalidade da distribuição das observações em apreço.

A análise das estatísticas descritivas referentes ao conjunto das observações obtidas apenas a partir de questionários completos, Painel A da Tabela C.1, não difere significativamente da apreciação realizada referente ao conjunto completo das respostas obtidas, apresentadas no Painel B.

Autonomia estrutural:

Relativamente à dimensão “autonomia estrutural”, em termos estatísticos pode-se referir que se obteve um total de 48 observações, sendo os valores da média e da mediana muito próximos, com 4,14 e 4,13, respectivamente, daí se concluir que em geral as organizações hospitalares consideram, em média, possuir alguma autonomia estrutural. Por sua vez o desvio padrão é de 0,92 e o coeficiente de variação de 22,1%, ou seja, uma menor variabilidade do que no item analisado anteriormente, referente à inovação de serviço/organizacional.

Apesar do valor do coeficiente de variação apresentar um valor moderado será, contudo, de destacar a grande diferença entre o valor mínimo (1,63) e o valor máximo (5,63), podendo-se concluir que existe uma grande discrepância nas respostas no que respeita à autonomia estrutural pelos diferentes hospitais. Será importante referir que, ao contrário da variável analisada anteriormente e que foi elaborada a partir das respostas obtidas para um único item, neste caso a variável foi obtida após uma análise factorial que suportou a agregação de oito itens para esta variável, justificando assim valores máximos e mínimos que não são absolutos, situação que se repetirá para a maioria das variáveis construídas nesta tese.

De referir também o valor da *kurtosis* de 0,60 e o valor da *skewness* de -2,09, *i.e.* valores no intervalo, ou muito próximos do intervalo limite, podendo-se assim admitir a normalidade estatística das observações consideradas.

Finalmente, de referir que a análise das estatísticas descritivas referentes ao conjunto das observações obtidas apenas a partir de questionários completos é em muito semelhante à análise referente ao conjunto completo das respostas obtidas.

6.4.2. Sistemas de mensuração do desempenho

Resource management performance:

Relativamente à dimensão dos “sistemas de mensuração de desempenho”, concluiu-se pela análise factorial acerca da sua bidimensionalidade. Consequentemente, a análise estatística descritiva será realizada em duas partes distintas: a primeira relativa à *Resource Management Performance* (RMP), *i.e.* compreendendo apenas os dois primeiros itens da respectiva questão acerca dos sistemas de mensuração do desempenho, fazendo a análise do factor genérico de avaliação do desempenho da gestão hospitalar profissional; e a segunda parte tendo em conta os restantes cinco itens relativos à *Clinical Management Performance* (CMP), ou seja, analisando o factor que diz respeito à avaliação de desempenho mas desta vez no que toca à parte da gestão clínica.

Deste modo, no que respeita à *Resource Management Performance* (RMP) o número de observações obtidas foram de 48, sendo o valor da média de 4,2 e o valor da mediana de 4, concluindo-se existir uma ligeira preocupação com a avaliação do desempenho da gestão hospitalar profissional. O coeficiente de variação apresenta um valor elevado, 37,4%, sendo o valor do desvio padrão de 1,57.

As respostas obtidas registaram o valor máximo (7) e o valor mínimo (1), *i.e.* existiram hospitais que responderam 7 na escala de Likert e outros responderam apenas 1, pelo que esta variável assumiu valores extremos no intervalo possível de resposta, havendo organizações com posições totalmente opostas nesta matéria. Quanto aos valores da *kurtosis* e da *skewness*, -0,72 e -0,3, respectivamente, apresentam valores no intervalo de referência, o que sugere a normalidade das observações em apreço.

De realçar, tal como no caso da dimensão anterior, que a análise das estatísticas descritivas referentes ao conjunto das observações obtidas apenas a partir de

questionários completos não difere de forma significativa da avaliação feita, relativa ao conjunto completo das respostas obtidas.

Clinical management performance:

Quanto à análise da estatística descritiva da variável construída para a *Clinical Management Performance* (CMP), realizada com base em 47 observações, mais uma vez os valores obtidos da média e da mediana são muito próximos com 3,94 e 3,8, respectivamente. É de salientar o elevado coeficiente de variação, quase 36,33%, havendo efectivamente alguma disparidade de respostas, desde um mínimo de 1,2 , até ao máximo de 7, ou seja, as respostas abrangem praticamente todo o intervalo possível de resposta. A *kurtosis* e a *skewness* apresentam valores no intervalo de referência, -0,37 e 0,34, respectivamente, estando portanto dentro do limite que permite concluir acerca da normalidade das observações aqui consideradas.

Também neste caso a análise das estatísticas descritivas referentes ao conjunto das observações obtidas apenas a partir de questionários completos é semelhante à do conjunto completo das respostas obtidas. Aliás, esta condição de similaridade estende-se a todas as variáveis construídas nesta tese, pelo que não se tecerá mais comentários no que diz respeito a esta vertente de análise comparativa.

6.4.3. Resultados organizacionais

Resultados organizacionais na óptica da eficiência:

Tal como para as variáveis anteriores relativas à avaliação da mensuração de desempenho, da análise factorial resultaram duas dimensões para a obtenção de resultados organizacionais, pelo que se construíram duas variáveis correspondentes, uma relativa à eficiência do órgão de gestão hospitalar e outra referente à eficácia do serviço médico.

No que respeita aos resultados organizacionais na vertente da eficiência do órgão de gestão, obtiveram-se 47 observações, sendo o valor da média 3,71 e o valor da

mediana 4, concluindo-se que em geral os hospitais não dão muito relevo à obtenção dos resultados organizacionais nesta vertente. Quanto ao valor do desvio padrão, ele é de 1,03 e o coeficiente de variação atinge o valor de 27,76%. Também, nesta dimensão os níveis de respostas atingiram valores muito variados por parte das organizações hospitalares, sendo o valor mínimo 1 e o máximo de 6. Por último, de referir o valor da *kurtosis* de 0,29 e o valor da *skewness* de -1,30, podendo-se assim admitir a normalidade das observações consideradas.

Resultados organizacionais na óptica da eficácia:

No que respeita, ainda, aos resultados organizacionais, mas na vertente da eficácia do serviço médico, em termos de estatísticas descritivas para 48 respostas, mais uma vez os valores obtidos da média e da mediana são muito próximos com 4,48 e 4,5, respectivamente, revelando alguma preocupação com esta matéria por parte das organizações hospitalares. Quanto ao coeficiente de variação, é de 21,15%, havendo efectivamente alguma disparidade de respostas, desde um mínimo de 2, até ao máximo de 6,25, revelando também existirem organizações hospitalares com visões algo díspares, embora em menor dimensão quando comparado com outras variáveis analisadas anteriormente, como, de resto, comprova o valor mais reduzido do desvio padrão, que é de 0,95. Finalmente, a *kurtosis* e a *skewness* apresentam valores de 0,17 e -0,72, respectivamente, o que sugere a normalidade do conjunto das 48 observações em apreço.

6.4.4. Política de bónus e prémios

Política de bónus e prémios na óptica da eficiência:

No início da análise estatística descritiva da dimensão global referente à política de bónus e prémios de desempenho, é de destacar o facto de apenas cerca de metade das organizações hospitalares, que participaram no inquérito, admitirem possuírem este tipo de políticas. Também neste tópico genérico, tal como nos dois anteriores, resultaram duas dimensões da análise factorial, uma relativa à política de bónus e prémios, mas

relacionada com a eficiência de gestão e uma outra relacionada com a eficácia do serviço médico.

Relativamente à primeira, a variável correspondente à eficiência da gestão, apenas foram obtidas 23 respostas, sendo o valor médio 3,09 e o valor da mediana de 2,5, algo distante da média, demonstrando claramente a fraca associação da eficiência à política de bónus e prémios de desempenho. O desvio padrão é de 1,57 e o coeficiente de variação é muito elevado, atingindo os 50,91%, valores, aliás, bastante indicativos de uma grande variabilidade nas respostas obtidas. O valor máximo de resposta obtido é de 6 e o valor mínimo é de 1, demonstrando que os diferentes pontos de vista por parte das organizações hospitalares relativamente a este assunto podem ser extremados. Por último, o valor da *kurtosis* e da *skewness* é de -1,20 e 0,69, respectivamente, sugerindo mais uma vez a normalidade das observações obtidas.

Política de bónus e prémios na óptica da eficácia:

Na análise estatística descritiva da segunda variável, *i.e.* da existência de bónus e prémios de desempenho, mas agora relacionada com a eficácia do serviço médico, também foram obtidas 23 observações, sendo o valor da média 3,81 e o valor da mediana 4, concluindo-se não existir uma significativa preocupação com a política de bónus e desempenho relacionada com eficácia do serviço médico por parte dos hospitais em Portugal. O coeficiente de variação apresenta um valor elevado, 38,24%, sendo o valor do desvio padrão de 1,46, havendo efectivamente alguma disparidade de respostas, desde um valor mínimo de 1, até ao valor máximo de 6,4, ou seja, abarcaram quase todo o intervalo possível de respostas. Finalmente, o valor da *kurtosis* é de -0,48 e o valor da *skewness* é de 0,09, valores dentro do limite para o qual se admite a normalidade do conjunto das 23 observações.

6.4.5. Política de formação e possibilidade de ganhos de eficácia

Existência de uma política de formação:

Em termos de análise estatística descritiva relativamente à existência de uma política de formação, propriamente dita, foram obtidas 48 observações, sendo o seu valor médio 5,05 e o seu valor da mediana 5,4, sendo os valores mais altos obtidos até agora nestas duas métricas, levando a concluir que existe uma preocupação relevante acerca da importância da existência de uma política de formação nas organizações hospitalares em Portugal.

Quanto ao valor do desvio padrão, é de 1,29 e o valor do coeficiente de variação é de 25,62%, sendo que o valor mínimo registado nesta questão é de 2,2 e o valor máximo é de 7. Ou seja, apesar da importância referida acima verifica-se um nível de respostas bastante díspar por parte destas organizações. Por último, também nesta dimensão, os valores da *kurtosis* (-0,53) e da *skewness* (-1,60) situam-se dentro do intervalo que sugere a normalidade das observações.

Possibilidade de ganhos de eficácia via política de formação:

Em termos de análise estatística descritiva, mas agora relativamente a uma política de formação e à consequente possibilidade de ganhos de eficácia, naturalmente ao nível do serviço clínico, obtiveram-se 48 observações, tal como para a variável anterior, com a qual a presente se relaciona (de realçar relativamente a esta dimensão, como já se concluiu anteriormente através da análise factorial, em termos da avaliação percebida quanto à existência efectiva de uma política de formação nas unidades hospitalares, e da correspondente possibilidade de ganhos de eficácia, poderem ser ambas agrupadas em dimensões distintas).

Quanto ao valor da média das respostas obtidas é de 4,62 e o valor da mediana é de 4,84, valores que, como na variável anterior, manifestam alguma preocupação a este nível, *i.e.* da possibilidade de obtenção de ganhos de eficácia com a política de formação, por partes das organizações hospitalares. Os valores do desvio padrão e do coeficiente de variação são de 1,32 e 28,49%, respectivamente, valores em linha com os obtidos nas dimensões anteriores. Quanto ao valor máximo e ao valor mínimo das respostas correspondem aos extremos do intervalo possível, ou seja, variam entre o 1 e o 7, concluindo-se que se obtiveram padrões de resposta totalmente antagónicos nesta

matéria. Finalmente, o valor da *kurtosis* é de 0,67 e o valor da *skewness* de -1,95, valores esses que sugerem, mais uma vez, a normalidade da distribuição das observações.

6.4.6. Utilização de sistemas de informação/gestão e de controlo orçamental

Utilização de sistemas de informação/gestão:

No que concerne à utilização de sistemas de informação/gestão por parte das organizações hospitalares, variável que através da análise factorial se verificou ser unidimensional, foram obtidas 49 observações, em que o valor da média é 3,78 e o valor da mediana é 4, concluindo-se através destes valores que, em geral, os hospitais não dão muito relevo à utilização de sistemas de informação/gestão. De referir também, nesta análise, o elevado coeficiente de variação 33,68%, podendo-se verificar alguma divergência nas respostas, desde um mínimo de 1,44 , até ao máximo de 5,78. A *kurtosis* e a *skewness* apresentam valores no intervalo de referência, -1,62 e -0,47, respectivamente, encontrando-se dentro do limite que possibilita concluir acerca da normalidade da distribuição das observações contempladas.

Utilização de sistemas de controlo orçamental:

No que respeita à utilização, por parte das organizações hospitalares, de sistemas de controlo orçamental obtiveram-se 49 observações, com o valor da média de 3,70 e com o valor da mediana de 3,78, valores muito próximos e reveladores de um reconhecimento modesto, por parte das organizações, da importância dos sistemas de controlo orçamental, dado estarem abaixo do nível de indiferença, *i.e.* 4. Quanto ao valor do desvio padrão é de 0,81 e o valor do coeficiente de variação é de 21,94%, sendo que o valor mínimo agregado nesta questão é de 1,67 e o valor máximo é de 5,33, não havendo uma grande variabilidade como em variáveis analisadas anteriormente. Resta, por último, referir o valor da *kurtosis* de -0,16 e o valor da *skewness* de -1,63, podendo-se admitir a normalidade da respectiva distribuição.

6.4.7. Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo

Da análise estatística descritiva da dimensão relativa à ênfase estratégica das organizações hospitalares na inovação ao nível dos sistemas de informação e controlo, bem como da possível preocupação com introdução deste tipo de sistemas, obtiveram-se 49 observações, sendo que o valor da média e o valor da mediana são de 5,46 e 5,5, respectivamente, correspondendo aos valores mais altos obtidos nestas duas métricas de todas as variáveis estudadas até ao momento, levando à conclusão que existe de facto uma preocupação com a ênfase estratégica na inovação e/ou adopção de sistemas de informação e controlo dos hospitais em Portugal. De mencionar, ainda, nesta análise, os baixos coeficiente de variação de 13,80% e desvio padrão de 0,75, bem como focar o valor mínimo 3,83 e o valor máximo 7, verificando-se assim a maior proximidade no intervalo possível de respostas registada até agora, na âmbito da análise de todas as variáveis construídas para o modelo de investigação. Quanto à *kurtosis* e à *skewness* apresentam valores no intervalo de referência, -0,42 e -0,47, respectivamente, permitindo aceitar a normalidade da distribuição das observações analisadas.

6.4.8. Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e dos sistemas de controlo orçamental

Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão:

Quanto ao desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão, que após a avaliação factorial se concluiu tratar de uma dimensão claramente unidimensional, para a análise estatística descritiva foram obtidas 49 observações, sendo que o valor da média é 4,49 e o valor da mediana é 4,8, valores que situam acima do nível de indiferença 4, podendo-se concluir que as organizações hospitalares atribuem algum relevo ao desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão. Os valores do desvio padrão e do coeficiente de variação são de 1,22 e 27,06%, respectivamente, sendo semelhantes aos obtidos em análises anteriores. De destacar o valor máximo e o valor mínimo das respostas, visto corresponderem praticamente aos extremos do intervalo possível, ou seja, variam entre o 1,2 e o 7, concluindo-se que se obtiveram padrões de resposta completamente extremados nesta questão. Quanto ao valor da *kurtosis* padronizado, regista o

coeficiente de 0,81, apresentando a *skewness* o valor de -1,75, sugerindo assim a normalidade da distribuição das observações.

Desempenho dos sistemas de controlo orçamental:

Relativamente à dimensão do desempenho dos sistemas de controlo orçamental, a qual também se tinha concluído pela análise factorial quanto à sua unidimensionalidade, a nível de estatísticas descritivas foram obtidas 49 respostas, em que o valor médio é de 4,42 e a mediana é de 4,8, *i.e.*, em geral existe um reconhecimento da importância por parte das organizações hospitalares com o desempenho dos sistemas de controlo orçamental, visto estes valores estarem acima do nível de indiferença, 4, tal como na variável analisada anteriormente. Quanto ao coeficiente de variação, 24,99%, e ao desvio padrão, 1,11, apresentam valores moderados. Contudo, é de realçar que, exactamente tal como na variável anterior, o valor máximo e o valor mínimo das respostas correspondem praticamente aos extremos do intervalo possível, ou seja, oscilam entre o 1,2 e o 7, concluindo-se existirem respostas diametralmente opostas.

Finalmente, a *kurtosis* e a *skewness* apresentam os valores de 0,55 e -1,27, respectivamente, o que sugere mais uma vez a normalidade da distribuição dos dados.

6.4.9. Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão e dos sistemas de controlo orçamental

Contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão:

A análise estatística descritiva relativa à dimensão da contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão foi baseada em 49 observações, obtendo-se o valor médio de 5,45 e o valor mediano de 6, sendo os valores mais elevados de todas as variáveis construídas nesta tese. Conclui-se que os respondentes atribuíram uma grande importância à contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão nas organizações hospitalares. O desvio padrão é 1,04 e o coeficiente de variação é 19,12%, ou seja, a variabilidade nas respostas é moderada. O valor mínimo e máximo, 3 e 7,

respectivamente, totalizam um intervalo de variação de resposta de 4, inferior em relação à maioria das outras variáveis analisadas. Quanto à análise da normalidade da distribuição dos dados, ela parece verificar-se, dado a *kurtosis* e a *skewness* apresentarem os valores de 0,25 e -1,57, respectivamente.

É importante ressaltar que esta é uma variável de controlo, não sendo utilizada directamente para o teste das hipóteses que se realiza na secção seguinte.

Contribuição dos sistemas de controlo orçamental na óptica da eficiência:

Em termos de análise estatística descritiva, mas agora relativamente à contribuição dos sistemas de controlo orçamental obtiveram-se 49 observações, com valores da média e da mediana de 5,41 e 5, respectivamente, revelando que as organizações hospitalares, tal como na variável anterior, revelam atribuir importância a este tópico. Quanto ao coeficiente de variação, é 19,94%, e o desvio padrão é 1,08, sendo o valor mínimo de resposta 3 e o valor máximo 7, exactamente como na variável anterior. Finalmente, a *kurtosis* e a *skewness* apresentam valores de -0,17 e -0,78, respectivamente, o que sugere a normalidade do conjunto das 49 observações em apreço.

6.5. Inferência estatística para as hipóteses a partir da análise bivariada

Na Tabela C.5, colocada no Anexo C, podem ser consultadas as matrizes de correlações, com coeficientes de Pearson e Spearman, para conjuntos de observações completas e totais. Em termos de inferência estatística, por simplificação de análise e ressaltando o critério de relevância, procede-se à avaliação das hipóteses desenvolvidas anteriormente a partir dos coeficientes de correlação Pearson para as variáveis respeitantes às respectivas hipóteses em teste, considerando conjuntos compreensivos de observações, *i.e.* não analisando apenas casos completos.¹⁴

¹⁴ A análise pelos coeficientes de Spearman não altera significativamente as conclusões apresentadas, realizadas a partir de coeficientes de correlação Pearson.

Para algumas variáveis que resultaram de desdobramentos feitos na secção anterior, em relação à análise factorial que a precedeu, apresentam-se os respectivos valores em anexo, não acontecendo o mesmo com as respectivas variáveis agregadas, como é o caso das variáveis *RO* e *PB*. Dado estas duas variáveis não serem apresentadas nas tabelas em anexo, apresentam-se os valores dos coeficientes de correlação, níveis de significância e observações no próprio texto de análise.

6.5.1. Inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural

Existe uma relação positiva entre *IO* e *AE*, com uma correlação de 37,9% para 48 observações, estatisticamente significativa com um grau de confiança de 99%, pelo que se sugere a não rejeição da Hipótese 1¹⁵ Ou seja, tal como em Abernethy e Lillis (2001), assinala-se a existência de uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a extensão de autonomia delegada para unidades hierarquicamente inferiores.

Hospitais públicos versus privados:

Em termos de análise estratificada para as entidades hospitalares privadas *versus* públicas, o nível de correlação de Pearson entre *IO* e *AE* é semelhante, com 35,3% para os hospitais públicos e 35% para os hospitais privados. Contudo, apenas é estatisticamente significativo no intervalo de confiança de 95% para o sector público, pelo que a aceitação da hipótese 1 confirma-se apenas para a sub-amostra dos hospitais públicos.

Hospitais inovadores versus conservadores:

Em termos da dicotomia dos hospitais inovadores *versus* conservadores, as correlações não são estatisticamente significativas a 95%, pelo que não se pode proceder a qualquer inferência estatística.

¹⁵ O coeficiente de Spearman, de 42,1%, também é significativo a 99%. Dado, em geral, não haver uma diferença significativa entre os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, na análise que se segue referenciam-se primariamente os primeiros, por serem mais comumente utilizados na literatura.

6.5.2. Autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho

Autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho na óptica da resource management performance:

Considerando 48 observações, existe uma relação positiva entre *AE* e *RMP*, com uma correlação de 54,8%, estatisticamente significativa no intervalo de confiança de 99%, pelo que se infere a não rejeição da Hipótese 2a. Conclui-se, portanto, tal como Abernethy e Lillis (2001), que existe uma relação positiva entre o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho do órgão hospitalar profissional.

Hospitais públicos versus privados:

A aceitação da hipótese 2a confirma-se apenas para a sub-amostra dos hospitais públicos, com um elevado nível de correlação entre *AE* e *RMP* de 71,1%, estatisticamente significativo a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 2a confirma-se tanto para os hospitais inovadores como para os conservadores, com coeficientes de correlação estatisticamente significativos de 48% (intervalo de confiança de 95%) e 53,2% (intervalo de confiança de 99%), respectivamente.

Autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho na óptica da clinical management performance:

Existe uma relação positiva entre *AE* e *CMP*, com uma correlação de 56,1%, estatisticamente significativa a 99%, para 47 observações, portanto sugerindo-se não rejeitar a Hipótese 2b. Também nesta hipótese e tal como Abernethy e Lillis (2001) pode-se concluir que existe uma relação positiva entre o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho da gestão clínica.

Hospitais públicos versus privados:

A não rejeição da hipótese 2b confirma-se tanto para os hospitais públicos como para os privados, com coeficientes de correlação entre *AE* e *CMP* estatisticamente significativos de 52,9% (intervalo de confiança de 99%) e 65,2% (intervalo de confiança de 95%), respectivamente.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 2b confirma-se para os hospitais conservadores, com uma correlação estatisticamente significativa a 95% de 44,8%. Quanto aos hospitais inovadores, o coeficiente de 42% é estatisticamente significativo apenas no intervalo de confiança de 90% (tanto Pearson, como Spearman).

6.5.3. Ênfase estratégica na inovação de serviço e uso de sistemas de avaliação de desempenho para obtenção de resultados organizacionais

Conforme demonstrado anteriormente, existe uma relação entre a ênfase estratégica na inovação do serviço e a implementação da autonomia estrutural, bem como entre a implementação desta e o uso de sistemas de avaliação de desempenho, tanto clínicos como de gestão profissional, pelo que resta aferir quanto à possível relação indirecta com os resultados organizacionais, a medir através das correlações entre *RMP* e *ROI* e *CMP* e *RO2*, para a eficiência e a eficácia, respectivamente.

Em termos da relação entre a ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficiência, através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho da gestão profissional, regista-se uma relação positiva entre *RMP* e *ROI*, embora com uma baixa correlação de 8,4%, que não é estatisticamente significativa a 95% (valor de prova 0,5734), para 47 observações, pelo que não se pode concluir acerca da aceitação ou rejeição da Hipótese 3a, ficando a dúvida quanto ao possível contributo do desempenho da gestão hospitalar profissional para a obtenção de ganhos de eficiência.

No que respeita à relação entre a ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficácia, através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho clínica, regista-se uma relação positiva entre *CMP* e *RO2*, com um elevado nível de correlação de 75,8%, estatisticamente significativo num intervalo de confiança de 99%, para 47 observações, pelo que se pode inferir quanto à não rejeição da Hipótese 3b, sugerindo a existência do contributo do desempenho da gestão clínica para a obtenção de ganhos de eficiência.

Hospitais públicos versus privados:

O resultado do teste da hipótese 3a é inconclusivo, tanto para os hospitais públicos como privados, pois os níveis de significância estatística obtidos não permitem retirar conclusões.

Em relação à hipótese 3b, os resultados são conclusivos, com a aceitação da hipótese tanto para os hospitais públicos como privados, suportados por elevados coeficientes de correlação de 67,1% e 86,2%, respectivamente, estatisticamente significativos a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

O resultado do teste da hipótese 3a é inconclusivo, tanto para os hospitais inovadores como conservadores, pois os níveis de significância estatística obtidos não permitem retirar conclusões.

Em relação à hipótese 3b, os resultados são conclusivos, com a aceitação da hipótese tanto para os hospitais inovadores como conservadores, suportados por elevados coeficientes de correlação de 58,9% e 50,2%, respectivamente, estatisticamente significativos a 99%.

6.5.4. Inovação organizacional/serviço e política de bónus

Existe uma relação positiva entre *IO* e *PB*, com uma correlação de 36,7%, estatisticamente significativa apenas a 90% (valor de prova 0,0852, correlação de

Pearson), para 23 observações, não existindo valor de prova suficiente para a aceitação cabal da Hipótese 4a, embora se possa sugerir a sua não rejeição num intervalo de confiança mais lato, como é o caso do nível de significância de 10%. Assim, tal como Abernethy e Lillis (2001) e Glickman *et al.* (2007), parece realmente que a concepção estratégica de uma atitude inovadora justifica a adopção de uma política de incentivos ao desempenho, pelo que se pode dizer que existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a adopção de uma política de bónus.

Hospitais públicos versus privados:

O resultado do teste da hipótese 4a também é inconclusivo, tanto para os hospitais públicos como privados, pois o nível de significância estatístico obtido não permite retirar conclusões.

Hospitais inovadores versus conservadores:

Ibidem tanto para os hospitais inovadores como para os conservadores. É de realçar que o facto de se verificar que apenas um reduzido número de organizações em Portugal adoptaram uma política de bónus contribuiu determinantemente para os baixos níveis de significância estatísticos obtidos para a H4a, em todas as vertentes analisadas.

6.5.5. Existência de uma política de bónus e prémios e resultados organizacionais (eficiência)

Existe uma relação positiva entre *PBI* e *ROI*, com uma correlação de 19,4%, mas que não é estatisticamente significativa (valor de prova 0,37 para 23 observações), pelo que não há condições para concluir acerca da aceitação ou rejeição desta hipótese, pelo que não se pode aferir quanto à existência de uma relação positiva entre a adopção de uma política de prémios de desempenho e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência.

Hospitais públicos versus privados:

Mantem-se a situação inconclusiva, não se podendo inferir quanto à hipótese H4b.

Hospitais inovadores versus conservadores:

Mantem-se a situação inconclusiva, não se podendo inferir quanto à hipótese H4b.

6.5.6. Política de bônus e prêmios e resultados organizacionais (eficácia)

Existe uma relação positiva entre *PB2* e *RO2*, com uma correlação de 61,5%, estatisticamente significativa a 99%, para 23 observações, pelo que se infere a não rejeição da Hipótese 4c. Deste modo pode-se afirmar que existe uma relação positiva entre a existência de uma política de prêmios de desempenho e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficácia.

Hospitais públicos versus privados:

Em termos de análise estratificada para as entidades hospitalares privadas *versus* públicas, o nível de correlação de Pearson entre *PB2* e *RO2* é semelhante apenas para os hospitais públicos, com 93,5%, estatisticamente significativo no intervalo de confiança de 99%, aceitando-se portanto a hipótese 4c para os hospitais privados. Em relação aos hospitais públicos, o reduzido nível de significância não permite retirar conclusões.

Hospitais inovadores versus conservadores:

Em termos da dicotomia dos hospitais inovadores *versus* conservadores, as correlações são positivas para os primeiros, mas apenas estatisticamente significativas a 90%. Quanto aos hospitais conservadores, aceita-se a hipótese 4c, pois o coeficiente de correlação de 61,3% é significativo a 95%.

6.5.7. Inovação organizacional/serviço e política de formação

Existe uma relação positiva entre *IO* e *PFI*, com um nível de correlação de 39,4%, estatisticamente significativo a 99%, para 48 observações, podendo-se assim assumir a não rejeição da Hipótese 5a. Assim, nesta hipótese pode-se concluir que existe uma

relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a existência de incentivos à formação dos recursos humanos.

Hospitais públicos versus privados:

A aceitação da hipótese 5a confirma-se apenas para a sub-amostra dos hospitais públicos, com um nível de correlação de Pearson entre *IO* e *PF1* de 38,5%, estatisticamente significativo a 95%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

O resultado do teste da hipótese 5a é inconclusivo, tanto para os hospitais inovadores como conservadores, dado os reduzidos níveis de significância estatística obtidos.

6.5.8. Política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia e resultados organizacionais (eficácia)

Existe uma relação positiva entre *PF2* e *RO2*, com um nível de correlação de 59,2%, estatisticamente significativo a 99%, para 48 observações, inferindo-se por isso a não rejeição da Hipótese 5b. Relativamente a esta hipótese pode-se concluir que existe uma relação positiva entre a existência de uma política de formação de recursos humanos e a possibilidade de obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficácia.

Hospitais públicos versus privados:

A aceitação da hipótese 5b confirma-se tanto para a sub-amostra dos hospitais privados, como para os públicos, com elevados níveis de correlação entre *PF2* e *RO2* de 73,9% e 48,2%, respectivamente, estatisticamente significativos a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 5b confirma-se tanto para os hospitais inovadores como para os conservadores, com coeficientes de correlação estatisticamente significativos de 65,7% (intervalo de confiança de 99%) e 44,6% (intervalo de confiança de 95%), respectivamente.

6.5.9. Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de informação/gestão

Existe uma relação positiva entre *ISIC* e *SI*, com uma correlação de 52,9%, estatisticamente significativa a 99%, para 49 observações, pelo que se infere a aceitação da Hipótese 6a. Neste sentido pode-se concluir que existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, e o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão.

Hospitais públicos versus privados:

A aceitação da hipótese 6a confirma-se tanto para a sub-amostra dos hospitais privados, como para os públicos, com níveis de correlação entre *ISIC* e *SI* de 56,5% e 39,2%, respectivamente, estatisticamente significativos a 95%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 6a confirma-se apenas para os hospitais conservadores, com um elevado coeficiente de correlação de 66,6%, estatisticamente significativo a 99%.

6.5.10. Desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e resultados organizacionais

Existe uma relação positiva entre *DSCG* e *RO*, com uma correlação de 56,9%, estatisticamente significativa a 99% (valor de prova 0,0000, correlação de Pearson), para 48 observações, pelo que se sugere a aceitação da Hipótese 6b. Pode-se aferir que relativamente a esta hipótese existe uma relação positiva entre o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão e o desempenho, em termos globais, dos resultados organizacionais.

Utilizando a variável de controlo *CSCG*, ao invés de *RO*, a apreciação realizada acima não se altera, pois a correlação continua a ser positiva de 45,93% e significativa a 1%, para 49 observações. Ou seja, quer relacionando o desempenho dos sistemas de contabilidade/informação de gestão com os resultados organizacionais, desenhados também para aferir dos possíveis impactos decorrentes da utilização da inovação

organizacional, quer relacionando tal desempenho com os contributos específicos da adopção destes sistemas em concreto, obtêm-se correlações positivas e significativas estatisticamente.

Hospitais públicos versus privados:

A aceitação da hipótese 6b confirma-se tanto para a sub-amostra dos hospitais privados, como para os públicos, com elevados níveis de correlação entre *DSCG* e *RO* de 92,2% e 50%, respectivamente, estatisticamente significativos a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 6b aceita-se apenas para os hospitais conservadores, com um coeficiente de correlação de 45%, estatisticamente significativo a 95%. Esta hipótese também poderia ser aceite para os hospitais inovadores, mas apenas num intervalo mais lato de aceitação estatística, num nível de 90% de confiança.

6.5.11. Ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de controlo orçamental

Existe uma relação positiva entre *ISIC* e *SC*, com uma correlação de 56,04%, estatisticamente significativa a 99%, para 49 observações, pelo que se infere afirmativamente acerca da não rejeição da Hipótese 7a. Assim, no que diz respeito a esta hipótese pode concluir-se que existe uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, e o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental.

Hospitais públicos versus privados:

A hipótese 7a aceita-se apenas para os hospitais públicos, com um coeficiente de correlação de Pearson de 53,5%, estatisticamente significativo a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

A hipótese 7a aceita-se apenas para os hospitais conservadores, com um elevado coeficiente de correlação de 61,5%, estatisticamente significativo a 99%.

6.5.12. Desempenho dos sistemas de controlo orçamental e resultados organizacionais (eficiência)

Existe uma relação positiva entre *DSCO* e *ROI*, com uma correlação de 18,1%, mas que não é estatisticamente significativa a 95% (valor de prova 0,2247), para 47 observações, pelo que não se pode concluir acerca da aceitação ou rejeição da Hipótese 7b, deste modo não se pode concluir se existe uma relação positiva entre o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e a obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência.

Curiosamente, utilizando a variável de controlo *CSCO*, em vez de *ROI*, obtemos um elevado valor de significância estatística. O coeficiente de correlação continua a ser positivo, mas é bastante superior, 38,3%, sendo estatisticamente significativo no intervalo de confiança de 99%, para 49 observações. Ou seja, a relação entre o desempenho dos sistemas de controlo com os resultados organizacionais relacionados com a eficiência parece fraca (*ROI*). Contudo, a relação entre o desempenho dos sistemas de controlo com os contributos específicos da adopção destes sistemas em concreto (*CSCO*), sugere ser significativa, residindo uma possível explicação para tal, com o facto de a métrica dos resultados organizacionais ter sido concebida para aferir primeiramente em relação aos possíveis impactos decorrentes da utilização da inovação organizacional.

Hospitais públicos versus privados:

A hipótese 7b aceita-se apenas para os hospitais privados, com um elevado coeficiente de correlação de Pearson de 78,2%, estatisticamente significativo a 99%.

Hospitais inovadores versus conservadores:

O resultado do teste da hipótese 5a é inconclusivo, tanto para os hospitais inovadores como conservadores, dado os reduzidos níveis de significância estatística obtidos.

6.6. Análise e discussão dos resultados

6.6.1. Resumo dos resultados obtidos para as hipóteses em estudo

Na Tabela 6.2, apresentada abaixo, resumem-se os resultados obtidos para as hipóteses em estudo nesta tese, segmentados por amostra total (global) e por amostras estratificadas: hospitais privados *versus* hospitais públicos e hospitais inovadores *versus* hospitais conservadores.

Tabela 6.2 - Resultados obtidos por amostras para as hipóteses em estudo

	Global	Privados	Públicos	Inovadores	Conservadores
H1: IO_AE	Aceitação (+)	Inconclusivo	Aceitação (+)	Inconclusivo	Inconclusivo
H2a: AE_RMP	Aceitação (+)	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Spearman)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)
H2b: AE_CMP	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Pearson&Spearman)	Aceitação (+)
H3a: RMP_RO1	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
H3b: CMP_RO2	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)
H4a: IO_PB	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Pearson)	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Spearman)	Inconclusivo
H4b: PB1_RO1	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
H4c: PB2_RO2	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Inconclusivo	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Pearson&Spearman)	Aceitação (+)
H5a: IO_PF1	Aceitação (+)	Inconclusivo	Aceitação (+)	Inconclusivo	Inconclusivo
H5b: PF2_RO2	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)
H6a: ISIC_SI	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Inconclusivo	Aceitação (+)
H6b: DSCG_RO	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Aceitação (+)	Inconclusivo (Aceitação a 90% - Pearson&Spearman)	Aceitação (+)
H7a: ISIC_SC	Aceitação (+)	Inconclusivo	Aceitação (+)	Inconclusivo	Aceitação (+)
H7b: DSCO_RO1	Inconclusivo	Aceitação (+)	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo

(+) Denota correlação positiva, conforme sinal esperado. Todas as correlações são estatisticamente significativas pelo menos no intervalo de confiança a 95%, tanto Pearson como Spearman, excepto se referido o contrário, ou se inconclusivo.

Em termos de resultados para a amostra global, aceitam-se as hipóteses que sugerem a existência de uma relação positiva entre: *IO_AE*; *AE_RMP*; *AE_CMP*; *CMP_RO2*;

PB2_RO2; IO_PF1; PF2_RO2; ISIC_SI; DSCG_RO e ISIC_SC, ou seja, entre inovação organizacional/serviço e autonomia estrutural; autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho (na dupla vertente, *i.e.* tanto entre autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho na óptica da *resource management performance*; como entre autonomia estrutural e sistemas de mensuração de desempenho na óptica da *clinical management performance*); sistemas de mensuração de desempenho pelo prisma da *clinical management performance* e resultados organizacionais por via da eficácia; política de bónus e prémios e resultados organizacionais, ambos do ponto de vista da eficácia; inovação organizacional/serviço e política de formação; política de formação e a possibilidade de ganhos de eficácia e resultados organizacionais via eficácia; ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de informação/gestão; desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão e resultados organizacionais; ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo e utilização de sistemas de controlo orçamental. Este panorama corresponde à aceitação da generalidade das hipóteses, com a excepção das hipóteses 3a, 4a e 4b que, ainda assim, tão pouco foram rejeitadas.

Efectivamente, para qualquer tipo de amostra, não foi possível concluir acerca da relação entre *RMP* e *RO1*, *i.e.* entre sistemas de mensuração de desempenho pelo prisma da *resource management performance* e resultados organizacionais por via da eficiência, aferida pela hipótese 3a. Situação idêntica verificou-se para as hipóteses H4a e H4b, que examinaram a possível relação entre políticas de bónus e inovação e a obtenção de resultados organizacionais. O reduzido número de organizações que adoptaram políticas de bónus poderá ser a justificação para este resultado inconclusivo.

Contudo, situação oposta verificou-se para as hipóteses 3b e 5b, que foram aceites para todos os cenários, confirmando a existência de uma relação positiva entre *CMP* e *RO2*; e entre *PF2* e *RO2*, respectivamente, conforme já referido anteriormente.

Finalmente, é de salientar que nenhuma hipótese foi rejeitada. Apenas não foi possível aceitar - estatisticamente - algumas das hipóteses teorizadas, para alguns tipos de amostras, o que sugere a qualidade da teorização realizada *a priori*, e contribui para a sua validação, a que também não será alheia a qualidade da literatura utilizada como

suporte nesta tese. Aliás, os resultados obtidos nesta tese corroboram genericamente as formulações teóricas e/ou os resultados obtidos em artigos referenciais para esta investigação e que já foram por diversas vezes examinados aqui, como é o caso dos artigos de Abernethy e Lillis (2001) e Govindarajan (1988).

6.6.2. Organizações hospitalares públicas *versus* privadas

Recorrendo a uma análise descritiva e considerando um prisma de análise estratificada, com a separação da amostra em respostas obtidas a partir de unidades privadas *versus* públicas, constata-se que o número máximo de respostas obtidas por variável para os hospitais públicos foi de 36, enquanto que para os privados foi de 13, conforme se pode consultar, respectivamente, no Painel B e no Painel A, da Tabela C.2, disponibilizada em anexo.

Apesar da considerável desproporção, a maior parte das variáveis apresentam estatísticas descritivas semelhantes, destacando-se aqui as principais diferenças. É o caso dos sistemas de mensuração do desempenho. Enquanto que o nível de importância nos hospitais privados se foca primariamente no *CMP* (5,18 de média, com o *RMP* a obter apenas 3,35), nos públicos regista-se o inverso, com o *RMP* a registar o valor médio de 4,51 (e o *CMP* apenas o valor médio de 3,45).

Também parece existir uma diferença significativa quanto à adopção de políticas de prémios e bónus de desempenho, claramente mais valorizadas no sector privado (*PB1* e *PB2* com 4,88 e 5,28 no sector privado; *versus* 2,13 e 3,02 no sector hospitalar público). Inclusivamente, para os hospitais privados o valor mínimo para *PB1* é 4, e para *PB2* é 4,2, *i.e.* não se registam respostas abaixo do limiar de indiferença.

Ao nível da utilização de sistemas de informação/gestão e de sistemas de controlo orçamental, também se registam valores médios superiores para as organizações hospitalares privadas, com *SI* e *SC* a apresentarem valores acima do nível de indiferença, 5,09 e 4,28, respectivamente; enquanto que estas variáveis para as unidades públicas registam os valores médios de 3,29 e 3,48, respectivamente.

O desnível nos valores médios de resposta para as restantes variáveis entre as organizações públicas e privadas não é muito significativo. No entanto, é de ressaltar que, em termos médios, as organizações hospitalares privadas apresentam níveis superiores de inovação organizacional, autonomia estrutural, enfoque nos resultados organizacionais, tanto ao nível da eficácia como da eficiência, política de formação, bem como da possibilidade de ganhos de eficácia devido à sua existência, maior ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo, bem como superior desempenho e contribuição dos mesmos.

Contudo, do ponto de vista da significância estatística, não se pode argumentar haverem diferenças entre os hospitais públicos e privados, conforme se pode observar a partir do Painel A, da Tabela C.4, apresentada nos anexos. As diferenças entre as medianas das diversas variáveis foram medidas a partir de várias estatísticas, com diferentes sensibilidades amostrais e correspondentes métricas específicas, nomeadamente foram empregues a *one-way* ANOVA (*analysis of variance*), bem como as estatísticas Kruskal-Wallis e Mood's. Em todos os casos o valor de prova foi superior a 0,05, excepto para *SI* e *CSCG*, mas apenas pela ANOVA *F*, não sendo corroborado pelos restantes testes, bem como a excepção de *CSCO*, mas apenas pela estatística Mood's. Portanto, existe alguma evidência estatística de superioridade do privado em relação ao público, mas apenas ao nível dos sistemas de informação e da contribuição dos sistemas de controlo e de gestão.

Em resumo, sem considerar os testes estatísticos às diferenças entre o grupo dos hospitais privados e o grupo dos hospitais públicos, os coeficientes médios de resposta para todas as variáveis são superiores nas organizações hospitalares privadas. Os valores obtidos para as medianas tão pouco contrariam esta evidência. Contudo, será importante relembrar que o número de unidades privadas incluídas no estudo é bastante inferior em relação ao total das organizações hospitalares públicas que responderam ao questionário.

Relativamente aos coeficientes de variação e ao desvio padrão apresentam valores moderados, sendo de realçar que em geral os valores de variabilidade de resposta é inferior para as organizações hospitalares privadas, chegando as variáveis *SC* e *ISIC* a apresentar coeficientes de variação inferiores de a 10%. Esta realidade é

extensível à análise dos valores mínimos e máximos, que em média apresentam maior amplitude nos intervalos de resposta para as organizações hospitalares públicas.

Apesar do reduzido número de observações para o sector privado, os dados obtidos para as diversas variáveis parecem assumir uma distribuição normal, com a excepção da indicação dada pelos valores da *skewness* e da *kurtosis* para a variável *PF2*. Ainda tendo por base os valores da *skewness* e da *kurtosis* para as variáveis construídas apenas com dados de unidades hospitalares públicas, estes sugerem não haverem problemas com a normalidade das distribuições.

6.6.3. Organizações hospitalares inovadoras *versus* conservadoras

Nesta secção procede-se à análise das respostas obtidas do ponto de vista de uma análise comparativa entre as organizações hospitalares inovadoras *versus* conservadoras, tendo como critério de classificação a consideração de uma organização como inovadora se apresenta um *score* de inovação organizacional igual ou superior a 4, e conservadora se inferior.

Em relação à análise anterior, das organizações públicas *versus* privadas, neste caso verifica-se um maior equilíbrio amostral, dado o grupo das organizações inovadoras totalizar as 19, enquanto que as conservadoras ascendem a um total de 29, conforme se pode observar consultar, respectivamente, no Painel A e no Painel B, da Tabela C.3, colocada nos anexos desta tese. Note-se a superioridade do número de entidades conservadoras. No entanto, é de destacar que tal domínio não é demasiado evidente, compreendendo os hospitais inovadores 40% do total das organizações para as quais foi possível apurar o respectivo índice de inovação.

Com uma situação igualmente análoga à anterior, dos hospitais públicos *versus* privados, os hospitais inovadores apresentam valores médios superiores em todas as variáveis, quando comparados com os hospitais conservadores. Ou seja, os hospitais inovadores são superiores em toda a linha em relação aos conservadores, assim como os hospitais privados também tinham apresentado índices superiores em toda a linha em relação aos públicos.

Contudo, tal como na secção anterior, do ponto de vista da análise estatística as diferenças entre os dois grupos de análise são praticamente inexistentes, conforme se pode verificar no Painel B, da tabela C.4, anexa a esta tese. As exceções verificam-se para a variável Inovação Organizacional que, tal como não podia deixar de ser, registou diferenças estatisticamente significativas no intervalo de confiança de 95%, independentemente da estatística utilizada. Aliás, saliente-se que *IO* foi incluída na análise como variável de controlo, dado a sua análise substancial ser naturalmente redundante. O facto de a diferença entre grupos para esta variável ter sido cabalmente registada, também contribui para a validação estatística da análise aqui conduzida.

Para além da exceção natural de *IO*, apenas se registou uma diferença estatisticamente significativa para a variável *DSCO*, apenas validada pela *one-way* ANOVA. Dado as diferenças ser ainda menos significativas para o grupo de análise inovadores *versus* conservadores, do que para os públicos *versus* privados, de ora em diante esta tese não se preocupará mais em aprofundar a análise das diferenças do primeiro grupo de análise, considerando apenas a questão da análise no âmbito das diferenças entre hospitais públicos e privados, conforme se discute nos capítulos seguintes.

6.7. Comentários finais

Neste capítulo apresentou-se um estudo empírico de índole quantitativa desenvolvido com intuito de testar as hipóteses construídas para esta tese, que precede o desenvolvimento de um outro estudo empírico, mas de índole qualitativa, que se exhibirá nos capítulos seguintes.

Para a consecução do estudo empírico quantitativo, foram definidas diversas etapas, cuja realização aqui se descreveu, e que consideraram um processo de recolha de dados e construção de uma amostra-alvo de estudo, bem como a sua caracterização, a que se seguiu uma examinação factorial, que implicou a definição prévia da metodologia de identificação e agregação dimensional, *i.e.* a identificação estatística dos factores de análise, permitindo assim suportar a construção de um conjunto de variáveis, que foram

posteriormente sujeitas a tratamento estatístico univariado e bivariado, de modo a testar as hipóteses de investigação formuladas no capítulo anterior. Mais concretamente, após a elaboração de um conjunto de estatísticas descritivas para as variáveis contruídas nesta tese, passou-se à inferência estatística, realizada a partir de uma análise estatística bivariada.

Em termos de análise e discussão dos resultados obtidos, destaca-se a aceitação da generalidade das hipóteses. Apesar de não ter sido possível aferir quanto à possível aceitação das hipóteses 3a, 4a e 4b, todas as restantes foram testadas com sucesso, *i.e.* foram aceites, não tendo sido aquelas rejeitadas, dado os testes de hipóteses não terem gerado resultados conclusivos. O facto de apenas um reduzido número de organizações empregarem políticas de bónus e/ou terem sistemas de avaliação de desempenho pouco desenvolvidos, será provavelmente a justificação para tais resultados inconclusivos.

No que respeita à análise dicotómica dos resultados obtidos para as organizações hospitalares públicas *versus* privadas, verificou-se que a maior parte das variáveis apresentam estatísticas descritivas semelhantes registando-se, contudo, algumas diferenças significativas, como é o caso dos sistemas de mensuração do desempenho, em que o nível de importância nos hospitais privados se foca primariamente no *CMP*, enquanto que nos públicos se verifica o oposto, com o *RMP* a assumir maior relevo. As diferenças significativas também se estendem à adopção de políticas de prémios e bónus de desempenho, bem como ao nível da utilização de sistemas de informação/gestão e de sistemas de controlo orçamental, mais valorizadas no sector hospitalar privado do que no público.

Quanto às restantes variáveis, não se observaram diferenças significativas entre as organizações públicas e privadas. Contudo, ainda que com diferenças mínimas, em termos médios, as organizações hospitalares privadas também apresentaram níveis superiores de inovação organizacional, autonomia estrutural, enfoque nos resultados organizacionais, tanto ao nível da eficácia como da eficiência, política de formação, bem como da possibilidade de ganhos de eficácia devido à sua existência, maior ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo, bem como superior desempenho e contribuição dos mesmos.

Em síntese, os coeficientes médios de resposta para todas as variáveis são superiores nas organizações hospitalares privadas, sendo tal cenário sido corroborado e validado por outras estatísticas descritivas, tais como as medianas e o desvio padrão.

No entanto, é importante ter em consideração que a amostra inclui um número relativamente reduzido de organizações hospitalares privadas, cujo número é desproporcional em relação às públicas, podendo assim gerar algum enviesamento nos resultados obtidos. Sem prejuízo de tal facto, os dados obtidos para as diversas variáveis parecem assumir uma distribuição normal, sugerindo não haver problemas com a normalidade das distribuições.

Note-se que em relação às diferenças entre organizações hospitalares inovadoras *versus* conservadoras, registou-se uma clivagem menor do que no caso dos hospitais públicos *versus* privados, praticamente com ausência total de diferenças estatísticas, pelo que se considera aqui ser esta uma questão de menor relevância, não sendo a sua análise continuada de ora em diante nesta tese.

Finalmente, é de salientar que os resultados aqui apresentados estão em linha com a literatura existente, até porque as formulações teóricas aqui utilizadas para suportar o estudo empírico se inspiram em publicações de referência, com particular destaque para os trabalhos de Abernethy e Lillis (2001) e Govindarajan (1988).

No capítulo que segue inicia-se o desenvolvimento de um novo estudo empírico, mas de natureza qualitativa, focado no estudo de caso de uma organização hospitalar privada, a que se seguirá um penúltimo capítulo, focado na análise de uma organização hospitalar pública.

Capítulo VII: Estudos de Caso em Organizações Hospitalares: Metodologia de Análise e o caso de um Hospital Privado

7.1. Introdução

Ao longo desta tese foi apresentado o panorama alargado das organizações hospitalares portuguesas quanto a um conjunto alargado de variáveis, respeitando à examinação de dimensões diversas, que incluíram: a inovação organizacional e a autonomia estrutural; os sistemas de mensuração do desempenho e políticas de bónus e prémios, bem como de formação; a utilização de sistemas de informação/gestão e controlo orçamental; a avaliação do desempenho dos próprios sistemas de contabilidade de gestão, ou dos sistemas de controlo orçamental, com o intuito de tentar capturar a possível contribuição da ênfase em determinadas estratégias; e até, o contributo do simples uso de sistemas de contabilidade de gestão ou controlo orçamental para a possibilidade de obtenção, directa ou indirectamente, de resultados organizacionais, seja por via da eficácia e/ou da eficiência.

Com este capítulo, inicia-se a concepção e a consecução de uma nova panorâmica de estudo. O desenvolvimento teórico haveria de conduzir, tal fluidez de uma qualquer corrente, a uma construção empírica de natureza quantitativa, do acumular de sedimentos se pode agora antever a definição uma margem consideravelmente sólida, ainda que apresentando algumas naturais irregularidades, apanágio tanto da natureza como do universo académico, sem contudo, parecer questionar o equilíbrio e o balanceamento, tanto das assumpções teóricas como dos resultados obtidos.

Mantendo ainda a metáfora do curso de água, também esta tese apresenta duas margens que, apesar de vizinhas e até meias-irmãs, porquanto construídas sobre os mesmos sedimentos, partilhando uma base teórica similar apresentam, contudo, diferenças, sobretudo ao nível da abordagem e metodologia de análise. Mais especificamente, esta nova “margem” consiste no desenvolvimento de dois estudos de caso em organizações hospitalares portuguesas. Ou seja, após uma abordagem macro,

orientada para o universo hospitalar português, os objectivos estão agora baseados numa análise mais pormenorizada, centrada de *per si* na própria organização hospitalar como um todo, que culminará numa análise global, qual síntese de ligação entre as superfícies das margens, da qual as pontes que ligam Porto e Gaia servem de conveniente alegoria.

Como objectivos primários dos estudos de caso, pretende-se estender a análise de diversas dimensões examinadas anteriormente, tais como a autonomia e estrutura organizacional, ou sistemas de avaliação de desempenho e recompensa, para as quais apenas se recolheu evidência quantitativa e genérica a partir do universo hospitalar português. Pretende-se agora obter evidência qualitativa, de modo a tentar capturar os motivos e justificações particulares que podem auxiliar a compreender melhor o modo de funcionamento do sector hospitalar, que já havia sido diagnosticado globalmente e sob diversos prismas nesta tese.

Para além do desiderato de estudar o “particular” após ter-se estudado o “todo”, a realização dos estudos de caso tem também por objectivo introduzir novas dimensões para análise, o que, para além da relação de complementaridade, também permite enriquecer o estudo com outras vertentes, adicionando assim o seu âmbito exploratório. Deste modo, novas facetas são introduzidas nesta tese, contemplando a examinação adicional de dimensões organizacionais diversas dos hospitais portugueses, incluindo objectivos, estratégias e planos, factores-chave para o sucesso, fluxos de informação, entre outros, que serão alvo de abordagem mais aprofundada posteriormente neste capítulo e no seguinte.

Conforme referido acima, concomitantemente com a realização dos estudos de caso, também se pretende confirmar e, sobretudo, esclarecer, ao tentar obter evidência em relação às hipóteses formuladas nesta tese e sobre as quais não foi possível obter conclusões. Efectivamente, tendo-se verificado situações diversas de indefinição para as hipóteses testadas, especificamente para os grupos de hospitais públicos *versus* privados e inovadores *versus* conservadores, pretende-se, com os estudos de caso, aprofundar o conhecimento nestas vertentes, tendo-se para o efeito seleccionado para alvo dos estudos de caso, um hospital público e inovador e, em contraponto e de modo dicotómico, um hospital privado, mas conservador. Deste modo, poder-se-á examinar mais extensamente até que ponto as organizações hospitalares privadas podem diferir

das públicas em Portugal, tentando concorrentemente compreender até que ponto implicações organizacionais podem eventualmente advir de uma atitude mais inovadora.

É de referir que da análise da estatística descritiva realizada no capítulo anterior, sugeriu-se que os índices apresentados pelas organizações hospitalares privadas são, em geral, superiores aos apresentados pelas públicas (*e.g.* inovação, ou política de bónus), situação que também se verificou nos hospitais inovadores em contraponto com os conservadores, em que os valores médios dos inovadores foram superiores em todas as dimensões analisadas. Contudo, tais diferenças não são expressivas do ponto de vista estatístico (análise pelas diferenças de medianas, *one-way* ANOVA, Kruskal-Wallis, e/ou Mood's), com excepções esporádicas ao nível da inovação, utilização de sistemas de informação/gestão, desempenho e contribuição dos sistemas de contabilidade de gestão e contribuição dos sistemas de controlo orçamental. Conforme referido no capítulo anterior, a quase total ausência de diferenças estatísticas entre os hospitais inovadores *versus* conservadores conduziu à decisão de passar o foco apenas para as diferenças entre os hospitais públicos *versus* privado, cuja análise qualitativa se inicia neste capítulo.

Deste modo, a análise qualitativa poderá ser relevante para detectar eventuais diferenças ou especificidades não capturadas pelo modelo de análise quantitativo. Daí que tenham sido eleitos para os estudos de caso um hospital privado e um hospital público, permitindo a respectiva confrontação estender a examinação de eventuais diferenças entre ambos. Semelhante racional suportou a escolha de dois hospitais com níveis distintos de inovação. Note-se que se poderia entender como possivelmente conflituante a opção por dois hospitais com características, simultaneamente, opostas, ou seja, um hospital público e um hospital privado, apresentando o primeiro um elevado nível de inovação e contemplando um sistema de gestão do desempenho, reflectindo o segundo uma realidade oposta. Efectivamente, eventuais diferenças poderiam resultar diluídas, sendo esta uma limitação típica dos estudos de índole quantitativa. A aglutinação de evidência, ainda que possivelmente mitigada por uma adequada análise estratificada, é complementada por análises de sensibilidade. Esta limitação não aparenta ser significativa na análise qualitativa aqui desenvolvida, dado não haver

qualquer aglutinação, sendo as diversas dimensões examinadas separadamente e individualmente por organização.

Em termos de disposição de conteúdos, neste capítulo segue-se a apresentação da metodologia de desenvolvimento e enquadramento teórico dos estudos de caso, seguindo-se o desenvolvimento empírico dos estudos de caso, começando com a organização hospitalar privada, neste capítulo, e concluindo-se com o hospital público, no capítulo seguinte. Cada uma destas secções é composta pela descrição da organização e análise das diversas componentes que compõem o enquadramento dos estudos de caso, reunindo-se e comparando-se no final do Capítulo VIII os principais elos de ligação entre ambos os estudos, numa secção de discussão da evidência recolhida, antes da apresentação dos comentários finais.

Mais especificamente, este capítulo inicia-se com a exposição de algumas orientações metodológicas adoptadas em função de conclusões obtidas a partir de uma inquirição preliminar que auxiliou no esclarecimento de alguns aspectos do estudo quantitativo e que auxiliou na definição de outros tópicos com potencial de interesse para investigação. Sequentemente, apresenta-se a metodologia de análise, fundamentando a utilização do enquadramento ajustado que será empregue para a examinação empírica dos estudos de caso. Procede-se depois ao desenvolvimento do estudo de caso propriamente dito, iniciando-se com a apresentação da respectiva organização hospitalar privada alvo do estudo de caso, aqui designada de Hospital Privado, a que se segue a descrição dos respectivos participantes no estudo de caso, inquiridos através da realização de diversas entrevistas pessoais. Em seguida apresenta-se o conjunto de evidência obtida para as doze dimensões que compõem o enquadramento de análise adoptado nesta tese para a análise dos estudos de caso, bem como diversas análises de síntese, a preceder os comentários finais.

7.2. Contributos de uma inquirição preliminar, ou uma ponte entre o estudo quantitativo e o qualitativo

A realização de estudos de caso pressupõe alguns requisitos prévios, tais como a definição dos objectivos e da metodologia, que se apresentam na secção seguinte deste capítulo. O próprio enquadramento de análise poderia ser desenvolvido de raiz, ou adoptado de algum existente, ainda que possivelmente sujeito a alguns ajustamentos, que foi a opção tomada nesta tese, ao se seleccionar o enquadramento desenvolvido por Ferreira e Otley (2009), conforme também se discute na secção seguinte. Contudo, a adopção do enquadramento de suporte para a concretização dos estudos de caso foi precedida não apenas da realização do estudo empírico quantitativo, mas também de uma inquirição previamente realizada a um responsável pela administração de uma organização hospitalar pública, um Director Financeiro, o que permitiu uma melhor compreensão de alguns aspectos não esclarecidos pelo estudo quantitativo e cumulativamente, contribuiu para aprofundar o conhecimento acerca do sector hospitalar em Portugal. Note-se que esta organização, que havia participado no estudo quantitativo, não foi examinada no âmbito dos estudos de caso que se seguem, até porque a anuência à sua possível participação não colheu a melhor aceitação junto da administração. O Director Financeiro concordou apenas, com uma participação meramente a título pessoal, desde que garantida a total confidencialidade institucional e individual.

Para a inquirição prévia, que sucedeu a realização do estudo quantitativo e precedeu o estudo qualitativo que agora se inicia, utilizou-se um guião de entrevista livre, mas seguindo a ordem genérica das formulações teóricas desenvolvidas anteriormente nesta tese, conforme sistematizado nas hipóteses de investigação. Como principais conclusões, salienta-se a importância dada ao “*push*” das forças de “mercado” que tornam a inovação inevitável e uma “questão fulcral”, “fundamental”, obrigando também a repensar as “estruturas” organizacionais existentes. Aliás, ao nível da orgânica, foi defendida um tipo de estrutura “achatada”, tendo sido dado o maior relevo à autonomia estrutural, tendo o responsável pela organização argumentado que não deve haver “muitos escalões entre o *top management* e o *medium management*, que no fundo estamos a tratar de delegação de competências”.

A importância dada a estas dimensões, bem como às suas interações, foi bem enfatizada, tendo sido obtida total concordância em relação à “relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e na extensão de autonomia delegada para unidades hierarquicamente inferiores”, sugerindo assim a aceitação da Hipótese 1, corroborando o resultado obtido no estudo quantitativo. Aliás, saliente-se a concordância do Director Financeiro com a globalidade das hipóteses desenvolvidas nesta tese, corroborando assim, não apenas os resultados obtidos, mas também reforçando a validade das teorias que as sustentam, conforme já discutido anteriormente.

Em relação às hipóteses cujo teste se revelou genericamente inconclusivo, o Director Financeiro revelou concordância, *i.e.* sugeriu a sua aceitação. Mais concretamente, no tocante à Hipótese 3a, aceitou que haja uma relação entre uma ênfase estratégica na inovação do serviço e os resultados organizacionais, via eficiência, através da implementação da autonomia estrutural e do uso de sistemas de avaliação do desempenho da gestão profissional.

Quanto às outras 2 hipóteses sobre as quais os respectivos testes, conduzidos no capítulo anterior, também se revelaram inconclusivos, nomeadamente as hipóteses 4a e 4b, que examinaram a possível relação entre políticas de bónus e inovação e a obtenção de resultados organizacionais, também foram alvo de interessantes contributos, sugerindo a sua aceitação.

Mais especificamente, em relação à Hipótese 4a, que relaciona uma possível relação positiva entre uma ênfase estratégica da inovação de serviço e a adopção de políticas de bónus de desempenho, foi apurado, já aquando do tratamento dos questionários recebidos, existirem bónus fixos para os coordenadores de serviço clínico, ainda que limitados a serviço específico, na área da cirurgia. Quando questionado se o focus na inovação deveria conduzir à extensão e adopção de uma política de bónus alargada, o Director Financeiro foi taxativo ao afirmar que: “sou um grande defensor de incentivos ao desempenho”, sugerindo a aceitação da hipótese. Adiantou diversos argumentos, especificando:

“(...) sempre defendi, designadamente nesta questão dos bónus do desempenho, que têm necessariamente que ser bónus económicos, o ser humano é reactivo ao dinheiro.”,

reforçando que:

“Bons desempenhos têm que ser premiados mas também quando falo tem que ser premiados, é com uma componente pecuniária.”,

sem deixar de ressaltar que a componente material: “não deve ser a única, a motivação deve ser conduzida por vários elementos”, que não apenas a “política da cenoura”, nomeadamente incentivando o “gozo pelo trabalho”, “desafios interessantes”, a “valorização da dedicação, empenho e atitude”, sugerindo assim a importância da existência de valores na organização, aspecto que será explorado adiante nos estudos de caso.

No tocante à Hipótese 4b, o membro da administração concordou que “a existência de uma política alargada de prémios de desempenho possibilitaria a obtenção de ganhos de eficiência, via melhor desempenho orçamental”, tendo dado dois exemplos, “um dentro do Ministério da Saúde e outro dentro do nosso hospital”. Em concreto, quanto ao primeiro exemplo, referiu que:

“o actual ministro da saúde enquanto esteve nas finanças, como sabe os resultados foram fantásticos de cobrança de impostos e que tiveram a ver com uma questão muito simples: os funcionários das finanças que estavam a atribuídos a este projecto ganhavam prémios de desempenho na sequência da maior cobrança que conseguiam fazer, portanto, não há dúvida que quando há uma política de prémios de desempenho, os ganhos de eficiência acontecem muito naturalmente.”.

Quanto ao segundo exemplo, referiu o caso de um serviço de cirurgia especializada no próprio hospital:

“(...) que é conhecida em todo o país e que se pauta por os resultados obtidos nesse centro implicarem, necessariamente, distribuição de prémios de desempenho. Portanto, as pessoas ali sabem que têm um

salário, que é um salário por desempenharem determinado papel e sabem que têm distribuição de prémios de desempenho, que é correspondente a desempenharem aquele papel com qualidade, mas provavelmente leva a ultrapassarem aquilo para além de uma vocação, sendo a atitude normal de o emprego lhes solicitar (...) irem mais longe, pois se forem mais longe, eles terão, seguramente, prémios de desempenho.”.

De outras vertentes consideradas relevantes pelo Director Financeiro da organização hospitalar, destacam-se o papel da formação e também dos sistemas de informação, contabilidade de gestão e controlo quanto à obtenção de resultados organizacionais, bem como quanto à sua indução por via de uma atitude inovadora.

Em relação à formação, o membro da administração considerou natural que uma ênfase estratégica na inovação de serviço, conjuntamente com a existência de incentivos, deva conduzir ao reforço da formação dos recursos humanos, de modo a contribuir para a possibilidade de obtenção de resultados por via de ganhos de eficácia. Contudo, confessou que “o investimento a nível de recursos humanos” em relação aos hospitais públicos em Portugal, “não é muito grande, contrariamente aos hospitais privados que fazem um grande investimento dos recursos humanos”. Este já havia sido um aspecto detectado no estudo empírico quantitativo, corroborando assim o teste das hipóteses 5a e 5b, também na sua vertente dual de comparação dos hospitais públicos *versus* privados, em que os últimos tinham registado maiores índices quanto à formação e seus efeitos, ainda que sem validação estatística.

Ainda em relação esta questão, o Director Financeiro estabeleceu também a ponte com a inovação e os valores (atitude), bem como os factores culturais, enfatizando a necessidade de formação e procura da activa qualidade, afirmando que:

“O ponto fundamental são os recursos humanos, os hospitais realmente têm que preparar, têm que formar os seus recursos humanos para terem um atitude diferente, designadamente, na área (...) da inovação. Portanto, os hospitais têm que desenvolver um espírito e uma cultura de inovação, além de tudo desenvolver esse espírito e essa cultura e depois (...) de uma forma prática, prepararem essas pessoas através de acções de formação

para embeberem essas pessoas nessa cultura, na perspectiva da inovação e de novas atitudes de atendimento com qualidade.”.

Apesar das limitações e constrangimentos com os quais os hospitais públicos se confrontam, também não deixou de enunciar o esforço realizado na formação:

“O hospital aposta! Nós temos formação. Aliás, (...) os contratos-programa que os hospitais celebram com as Administrações Regionais de Saúde têm vários itens que se chamam incentivos institucionais, (...), e destes incentivos constam, designadamente, as acções de formação que são produzidas pelo hospital. O hospital negocia e propõe determinado patamar de acções. Portanto, os hospitais já têm preocupação. Eu penso é que têm que aprofundar essas preocupações e ir um pouco mais longe (...).”.

Em relação aos sistemas de informação, também foi manifestada concordância em relação à sugestão de uma ênfase estratégica na inovação e na implementação de sistemas de informação e controlo poder estar associada ao uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão, corroborando assim a Hipótese 6a. Assim como acredita, também, haver uma associação positiva entre tal ênfase e implementação no uso efectivo de sistemas de controlo orçamental, reforçando assim a validade do teste já realizado anteriormente da Hipótese 7a.

Concomitantemente, referiu que “a nível da contabilidade de gestão” o seu hospital “está razoavelmente equipado”, na medida que “os vários departamentos do hospital, os vários serviços do hospital têm formação de custos”, com “contabilidade de custos na perspectiva da contabilidade analítica e de gestão”, apesar de não terem ainda “contabilidade de proveitos”, acreditam que esta é necessária porque só assim obterão resultados. Portanto, a contabilidade de custos e gestão está efectivada, estando em estudo a implementação de contabilidade financeira. Igualmente importante, o Director Financeiro informou que o hospital “também tem indicadores de desempenho, faz *benchmarking* e análises de desempenho”.

Consequentemente, também concordou com a visão de que o uso efectivo de sistemas de contabilidade de gestão pode contribuir para a melhoria dos resultados

organizacionais, *i.é.* resultar num melhor desempenho global, corroborando a Hipótese 6b, bem como que o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental pode ser determinante para a obtenção de resultados organizacionais por via de ganhos de eficiência, conforme teorizado na Hipótese 7b.

Observa-se, a partir do estudo preliminar qualitativo que se apresentou nesta secção, que foi possível recolher evidência adicional que permitiu retirar conclusões que não apenas corroboraram os resultados obtidos no estudo quantitativo, como também aprofundam as conclusões genéricas que já haviam sido formuladas anteriormente, sobretudo porque trouxeram conhecimento adicional sobre algumas hipóteses cujos testes se haviam revelado inconclusivos.

Adicionalmente, este estudo preparatório também funcionou como antecâmara da realização dos estudos de caso, permitindo explorar o interesse e a conveniência de adicionar variáveis de análise do estudo quantitativo, transpondo-as para as dimensões de análise do estudo de caso, como é o caso da inovação, autonomia estrutural, ou formação, permitindo assim afinar melhor o enquadramento de análise. Funcionou ainda como ensaio para a realização das entrevistas aos diversos actores das organizações hospitalares portuguesas. Deste modo, a realização deste estudo embrionário contribuiu de forma indelével para a definição da metodologia de tratamento dos estudos de caso que se apresenta na secção seguinte.

7.3. Metodologia de análise dos estudos de caso: Dicotomia privado *versus* público

Conforme referido anteriormente, e na sequência da realização do estudo quantitativo, revela-se relevante aprofundar algumas questões que foram levantadas, e outras que não foram possíveis de esclarecer, tal como a sugestão de maiores índices médios para a generalidade das dimensões atribuídas pelas variáveis dos hospitais privados em relação aos públicos, conforme lembrado na introdução deste capítulo, ou algumas hipóteses cujos testes se revelaram inconclusivos, conforme já preliminarmente dissecado no capítulo anterior. Neste sentido, a realização dos estudos de caso poderia mitigar esta situação, embora, como já referido e não menos importante, também se pretenda com a

sua realização introduzir novas vertentes de análise e expandir o âmbito da investigação, pela análise de outras dimensões organizacionais hospitalares em Portugal, tais como estratégias e planos: factores-chave para o sucesso; ou sistemas de informação, gestão e controlo.

Conformemente, a metodologia de desenvolvimento e análise dos estudos de caso, poderia limitar-se apenas a continuar o desenvolvimento teórico, e também empírico, que sustentou esta tese, e que se baseou não apenas em literatura diversa, tal como nos trabalhos de Govindarajan (1988), ou de Abernethy e Lillis (2001), mas também em desenvolvimento teórico e empírico realizado pela autora desta tese. Contudo, considerou-se pertinente sustentar o desenvolvimento dos estudos de caso numa metodologia conceptualmente mais direccionada para abordagens de carácter qualitativo. Após consulta da literatura, optou-se pela selecção do *framework* desenvolvido por Ferreira e Otley (2009) que, focando na análise detalhada do desenho e na utilização de sistemas de gestão do desempenho, enquadra não somente o desenho teórico já apresentado anteriormente nesta tese, como também permite auxiliar o esclarecimento e aprofundamento de alguns aspectos, cuja investigação e aferição não foi a mais desejável.

A adopção do enquadramento desenvolvido por Ferreira e Otley (2009) foi precedida não apenas da conclusão do estudo empírico quantitativo, mas também de uma inquirição previamente realizada a um responsável pela administração de uma organização hospitalar pública, o Director Financeiro, que permitiu uma melhor compreensão de alguns aspectos não esclarecidos pelo estudo quantitativo, bem como para aprofundar o conhecimento do sector hospitalar em Portugal. Note-se que esta organização não foi examinada no âmbito dos estudos de caso que se seguem, até porque a anuência à sua possível participação não colheu a melhor aceitação junto da administração. O Director Financeiro anuiu uma participação a título pessoal, desde que garantida a total confidencialidade institucional e individual.

O *framework* desenvolvido por Ferreira e Otley (2009) encerra alguma complexidade, contudo, proporciona a vantagem na simplicidade de aplicação. É um enquadramento que assenta essencialmente em doze pilares de análise, que se

apresentam de seguida, adaptados aos propósitos desta tese e, particularmente, às organizações hospitalares:

- i) visão, missão e objectivos;
- ii) factores-chave para o sucesso;
- iii) estrutura organizacional;
- iv) estratégias e planos;
- v) medidas-chave de desempenho organizacional;
- vi) definição de metas;
- vii) avaliação de desempenho;
- viii) sistemas de recompensa;
- ix) fluxos de informação, sistemas e redes;
- x) utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs);
- xi) mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs); e
- xii) coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs).

Um dos factores de ajustamento ao enquadramento preconizado por Ferreira e Otley (2009) consistiu no adicionar de algumas dimensões já utilizadas anteriormente nesta tese, tais como a inovação, autonomia ou a formação. Dada a complexidade cumulativa e combinada do *framework* de Ferreira e Otley (2009) e dos ajustamentos efectuados nesta tese, derivados da utilização de outra literatura e também de aspectos originais introduzidos no desenvolvimento do estudo empírico quantitativo. Optou-se por integrar algumas das dimensões já utilizadas nesta tese nas macro-vertentes dimensionais propostas pelos autores supracitados. Em seguida, passa-se a uma apresentação mais detalhada de cada uma das dimensões a examinar nos estudos de caso.

Em relação ao primeiro dos doze pilares de análise, note-se que Ferreira e Otley (2009) referiram-se-lhe, genericamente e apenas, como “visão e missão”, tendo-se adicionado nesta tese também os “objectivos” organizacionais, relacionados com a possível identificação de uma eventual orientação organizacional explícita para a obtenção de resultados organizacionais, tal como já explorado nos capítulos anteriores. Esta adição parece coerente com a reflexão dos próprios autores, que se referiram por diversas vezes à temática dos objectivos, suportando a sua utilização na literatura, como é o caso de Otley e Berry (1980), que lembraram que a existência de objectivos já há muito é considerada fundamental para o controlo, sendo utilizados para avaliar o desempenho; bem como Chenhall (2003) que nota que as organizações são naturalmente forçadas a terem de atingir múltiplos objectivos; ou ainda Otley (2008) que salientou que os objectivos são tipicamente definidos pela gestão de topo de modo a satisfazer as expectativas dos accionistas de referência, sejam eles empresariais ou o próprio Estado, adiciona aqui a investigadora.

Se Ferreira e Otley (2009) omitiram os objectivos na estrutura-base que conceptualizaram na sua primeira dimensão de análise, também nesta tese não se explicitou um dos conceitos dos autores nas doze dimensões de referência: os valores da organização. Eles configuram-se como relevantes, para mais numa altura de crise económica, em que os valores tendencialmente emergem sendo comumente reclamados pela sociedade. Apesar de não serem explicitados, consideram-se aqui representados pela visão e missão pois, como refere Simons (1995), autor muito referenciado nesta tese, estes fazem parte de sistemas de confiança, adicionando Collins e Porras (1996) que eles compreendem objectivos, ou propósitos, bem como valores de base.

Em termos de inquirição, pretende-se aferir quanto aos conceitos de missão e visão eventualmente conceptualizados ou adoptados pela organização, bem como tentar perceber o modo como estes são transmitidos e entendidos pelos responsáveis pela gestão e demais colaboradores, tais como médicos, enfermeiros, ou técnicos especialistas. Note-se que foi transmitido aos entrevistados que se poderia entender genericamente visão, como a imagem do futuro que se deseja criar e missão como o propósito e razão para existir, equivalente a “quem somos e o que fazemos”. Complementarmente, também se inquiriu quanto aos mecanismos, processos ou redes

utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, ditos colaboradores.

Continuando a atender ao estudo de Ferreira e Otley (2009), com a segunda dimensão, factores-chave para o sucesso, pretende-se inquirir os factores considerados chave para se conseguir atingir o sucesso global futuro do hospital, bem como tentar perceber como é que estes são transmitidos aos responsáveis pela gestão e aos vários colaboradores, desde médicos, enfermeiros, a técnicos especialistas e outros.

Se a partir da visão, missão e objectivos se avança para os factores-chave para o sucesso, seguem-se, a partir desta última dimensão, a estrutura organizacional e as estratégias e planos. Quanto à estrutura organizacional, procura-se compreender em, primeiro lugar, se está formalizada e qual o seu tipo. Prossegue-se com a tentativa de perceber se a própria estrutura organizacional influenciou, de algum modo o desenho e o modo, de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), bem como compreender se estes sistemas podem incluir tanto a mensuração de *Resource Management Performance*, como a *Clinical Management Performance* (i.e. RMP e CMP). Sequencialmente pretende-se inquirir sobre se a possível existência de RMP pode contribuir, ou ter contribuído, para a obtenção de resultados organizacionais via eficiência. Finalmente, procura-se saber de que modo é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, ou seja, tenta-se compreender como é que a estrutura organizacional influencia, e como é influenciada, pelo processo de gestão estratégico.

Em estreita relação com a estrutura organizacional, segue-se a dimensão das estratégias e planos que, naturalmente, pretende apurar quais são as estratégias do hospital: que tipos de planos foram adoptados; qual o respectivo horizonte temporal. Adicionalmente, procura-se explorar o modo como, não apenas as estratégias e os planos são adoptados, mas também como estes são concebidos e comunicados aos responsáveis pela gestão e colaboradores, sem deixar de examinar quem participa na definição dos objectivos e planos estratégicos relacionados. Finalmente, pretende-se saber especificamente quais são os processos e quem decidiu as actividades a serem requeridas, para tentar garantir o sucesso das estratégias.

Na confluência das duas dimensões escalpelizadas anteriormente, encontram-se as medidas-chave de desempenho organizacional, dimensão que foca as respectivas medidas-chave que por sua vez derivam dos objectivos respectivos, factores-chave de sucesso, estratégias e planos. Nesta dimensão tenta-se perceber se estão presentes as 4 perspectivas do BSC, que indicadores financeiros e não financeiros podem ser utilizados; se são objectivos ou subjectivos; e se são de curto ou longo prazo. À semelhança das anteriores dimensões, também se procura saber como é que as medidas estão especificadas e são comunicadas, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho, tentando compreender quem participa e se o faz por iniciativa própria ou por imposição. Finalmente, procura-se avaliar se os inquiridos consideram haver indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação na organização.

A sexta dimensão consiste na definição de metas, que corresponde a avaliar o nível de performance que o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho, conforme tenham possivelmente sido identificadas na dimensão anterior. Também se procura compreender especificamente como é que são definidas as metas de desempenho apropriadas para as medidas-chave de desempenho, bem como tentar perceber se as metas estipuladas são fáceis ou difíceis de alcançar.

Continuando com a ordenação do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), segue-se a avaliação de desempenho, em que se tentam apurar tipos de avaliação de desempenho existentes na organização, se os houver, tentando também perceber se esta avaliação se reveste de uma tipologia participativa, e/ou se os colaboradores estão efectivamente envolvidos a nível individual, de grupo e/ou organizacional. Concorrentemente, existe a preocupação de perceber se as avaliações de desempenho são primariamente objectivas, subjectivas, ou combinadas, assim como quão importante é a informação formal e informal, bem como os controlos possivelmente existentes nestes processos.

Os sistemas de recompensa correspondem à oitava dimensão central do enquadramento adoptado nesta tese. Aqui pretende-se apurar que incentivos financeiros e/ou não financeiros irão auferir os responsáveis pela gestão e funcionários por atingirem objectivos de desempenho, ou outros aspectos de desempenho considerados,

bem como tentar descobrir se existem penalizações para quem não atingir um certo nível das metas propostas.

Seguem-se quatro dimensões de entorno às demais. A primeira delas são os fluxos de informação, sistemas e redes, que correspondem aos fluxos de informação específicos, *feedback* (retorno) e *feedforward* (pós-retorno), bem como os sistemas e redes em prática na organização e que suportam a respectiva operação dos seus sistemas de gestão/mensuração do desempenho.

A décima dimensão é a utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, que se centra no tipo de utilização que é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo/sistemas de controlo de gestão. Esta dimensão de análise inclui uma curiosa vertente, que é a de tentar apurar se tais utilizações podem ser associadas a algumas tipologias e tipos de usos que os entrevistados possam ter tido conhecimento através da literatura, em relatórios ou por outros documentos técnicos. Adicionalmente, centra-se também no modo como os controlos e as suas utilizações podem eventualmente diferir de acordo com níveis hierárquicos diferentes. Como propósito explícito de ligar ao estudo quantitativo realizado nesta tese, também se adicionou uma componente que pretende examinar especificamente se uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação de sistemas de informação e controlo, incentiva o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental, bem como saber se tal uso efectivo pode contribuir para a obtenção de resultados organizacionais.

As mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho correspondem à penúltima dimensão, procurando-se aqui tentar perceber como se alteraram os PMSs à luz das dinâmicas de mudança do hospital e da sua envolvente, bem como se estas eventuais mudanças no desenho, ou na utilização, dos PMSs foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva.

Finalmente, a última dimensão do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), debruça-se sobre a coerência e a robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, tentando compreender as ligações que possam existir entre as componentes dos PMSs e as possíveis vias em que estes possam ser utilizados, na sequência das onze dimensões abordadas anteriormente. Em clara ligação

com o estudo quantitativo já realizado, também se procura capturar a possível preocupação do hospital em adoptar atitudes inovadoras, bem como apurar quaisquer atitudes inovadoras que possam já ter sido adoptadas. Continuando a ligação explícita ao estudo quantitativo, procura-se compreender até que ponto tal atitude inovadora possa justificar a adopção de políticas de incentivos, bem como saber se poderá justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos. Esta última dimensão conclui com a preocupação de tentar compreender se a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, bem como se a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia pode resultar na obtenção de resultados organizacionais.

De um ponto de vista de arranjo visual, o modo como estas 12 dimensões interagem entre si, apresenta-se em seguida na Figura 7.1.

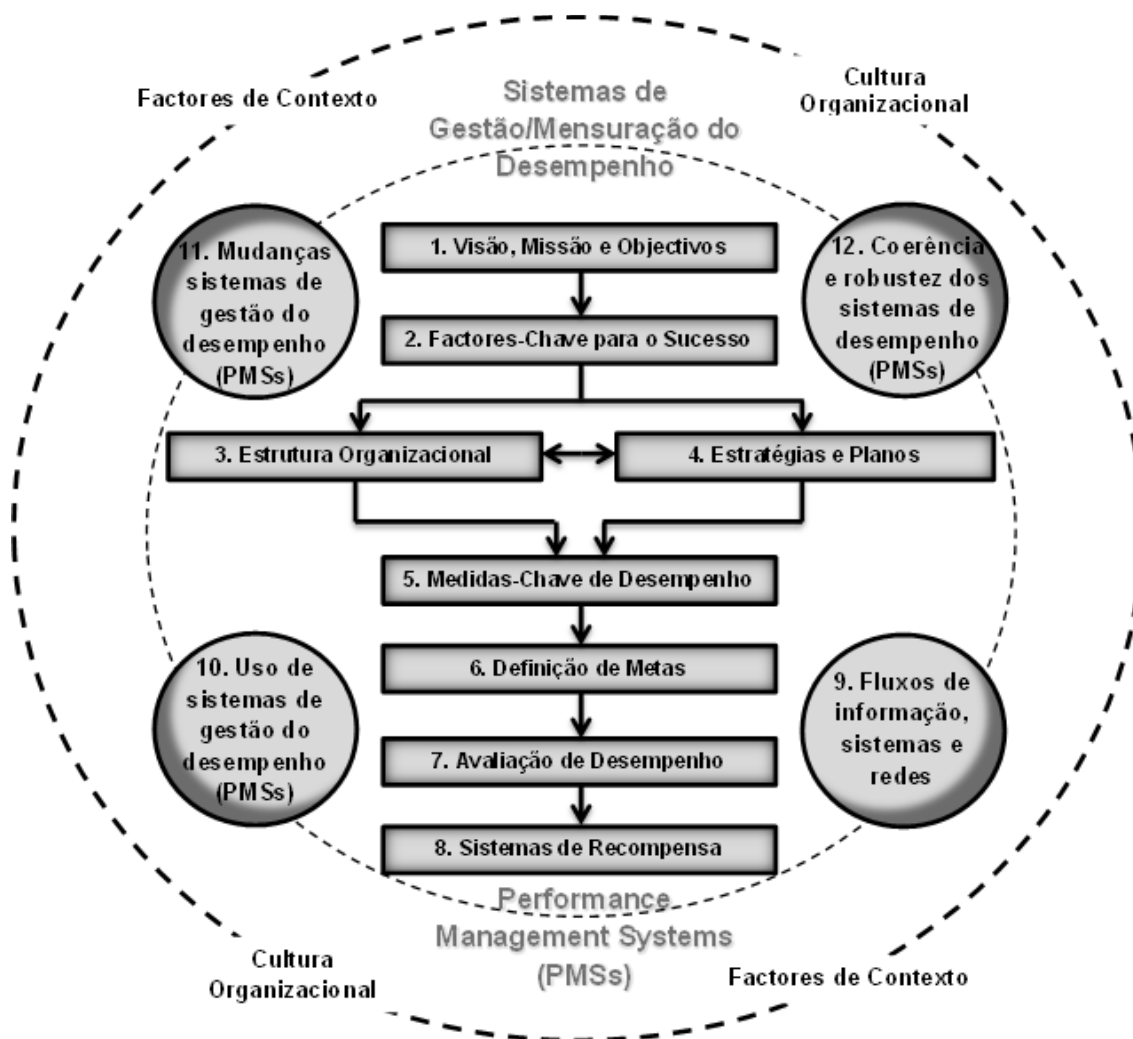


Figura 7.1. Enquadramento dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho

Fonte: Adaptado de Ferreira e Otley (2009:268)

Note-se que a figura inclui na órbita das doze dimensões os denominados factores de contexto, com uma referência especial à cultura organizacional. Como referem Ferreira e Otley (2009:268), factores externos tais como cultura, inovação, ou tecnologia, influem nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho. Alguns destes factores acabam por se encontrarem inseridos no âmbito de análise das dimensões, como é o caso da estratégia e da estrutura organizacional. Contudo, os factores de contexto e a cultura organizacional não estão considerados nas dimensões do enquadramento, e é por esta razão que foram explicitados na órbita exterior da Figura 7.1. Tal como em Ferreira e Otley (2009:268), também nesta tese se optou por não aprofundar esta questão, por

uma questão de prioridades e delimitação no âmbito de análise. Digamos que se trata de uma aproximação metodológica mais centrada nos aspectos micro, sem deixar de ter em consideração a evolução na envolvente, isto é mais centrada no estudo do miolo das organizações, a verdadeira caixa negra que interessa aqui examinar.

Em termos de condução específica dos estudos de caso, a sua realização implicou a adopção de um critério lato de selecção dos respondentes, que poderia incluir responsáveis pela gestão e funcionários, tanto médicos ou enfermeiros, como técnicos especialistas, a considerar em função da disponibilidade dos mesmos.

Concorrentemente, também obrigou à garantia de confidencialidade tanto das organizações envolvidas, como dos participantes. Em conformidade, as entidades alvo dos estudos de caso são aqui denominadas por Hospital Privado e Hospital Público, explicitando-se assim a sua natureza, e subentendendo-se o primeiro como sendo conservador e o segundo como inovador, conforme referido anteriormente na introdução deste capítulo. Ressalve-se que as organizações sobre as quais recaiu o estudo de caso, ou já haviam colaborado anteriormente no estudo quantitativo, tendo amavelmente respondido ao questionário, o que permitiu a sua classificação quando ao grau de inovação, ou responderam presencialmente a esta questão específica.

Após diversos contactos realizados pela investigadora, foi possível garantir a participação de diversos intervenientes das organizações hospitalares seleccionadas, incluindo não somente colaboradores diversos, tais como médicos, enfermeiros, ou técnicos especialistas, mas também responsáveis pelos órgãos de gestão, nomeadamente, administradores e directores financeiros.

Finalmente, resta referir que os estudos de caso foram concretizadas com a realização de diversas entrevistas presenciais, conduzidas após diversas visitas às instalações das próprias organizações hospitalares. As entrevistas gravadas em áudio haveriam depois de ser transcritas, possibilitando assim diversas citações retiradas a partir de excertos seleccionados, conforme se apresenta nas secções seguintes. O guião utilizado para a condução das entrevistas pode ser consultado no Anexo D.

Em termos de apresentação do estudos de caso, após a apresentação da metodologia nesta secção, segue-se neste capítulo o desenvolvimento do estudo de caso

numa organização hospitalar privada, enquanto que no capítulo seguinte apresentar-se-á o estudo de caso realizado numa organização hospitalar pública, concluindo-se com a discussão global da evidência recolhida em ambos os estudos de caso. Em termos de tratamento metodológico da evidência obtida para ambos os hospitais, considerando que por vezes os respondentes tomavam a iniciativa de avançar com temáticas, antecipando perguntas que iriam aparecer somente e posteriormente no guião, optou-se por respeitar primeiramente a ordem de resposta dos participantes no estudo, de modo a preservar o fio condutor do raciocínio dos mesmos, em detrimento do tratamento e apresentação estanque das diversas dimensões que compõem o *framework* adoptado nesta tese. Ou seja, a disposição das 12 dimensões que se seguem na secção seguinte corresponde às inquirições realizadas a cada uma, respeitando o guião das entrevistas que, como referido, se encontra disponível para consulta no Anexo D. Naturalmente que se procedeu semelhantemente no Capítulo VIII. Contudo, em termos do tratamento global da evidência e conclusões, realizado no final de cada uma das secções devotada a cada uma das dimensões, ou na secção de análise global dos resultados, apresentadas no final do Capítulo VIII, a agregação de ideias é a prioridade, sendo consequentemente realizada independentemente da ordem de resposta em relação às diferentes dimensões.

7.4. Um estudo de caso numa organização hospitalar privada

7.4.1. Descrição da organização e dos participantes no estudo de caso

Por razões de confidencialidade, a que a investigadora está obrigada com a instituição alvo do estudo de caso, não é possível disponibilizar publicamente informação detalhada acerca da organização hospitalar privada. Adicionalmente, o facto de não ser uma entidade pública acaba por isentá-la de uma necessidade de um maior nível de reporte público, pois não está obrigada a diversas disposições legais que enquadram as entidades de algum modo sobre a tutela do Estado, como é exemplo o Decreto-Lei nº 300/2007, de 23 de Agosto que, na base do anterior Decreto-Lei nº 558/99, de 12 de Dezembro, introduz diversas alterações ao regime jurídico do sector empresarial do

Estado, bem como uma “atenção crescente relativamente às boas práticas de governo e à organização interna das empresas públicas”.

Especificamente em relação à organização hospitalar privada em apreço, pode-se referir que se trata de uma instituição centenária, que já iniciou um regime de protecção na saúde há mais de um século, que incluía a colaboração de um médico privativo. Contudo, tal capacidade apenas haveria de se estender significativamente nos anos trinta do século XX, década em que passou a dispor não só de mais médicos generalistas, mas também de médicos especialistas, em especialidades tais como a otorrinolaringologia. A década de 40 haveria de ser ainda mais significativa, pois não só é adquirida aparelhagem de RX (raios-x), como são estabelecidas enfermarias, e iniciadas intervenções cirúrgicas, culminando posteriormente na inauguração oficial de uma casa de saúde.

Duas décadas depois haveria de ser inaugurado um novo edifício, equipado ainda com mais serviços, incluindo bloco operatório, e um maior número de quartos e enfermarias, entre outros. Nas décadas seguintes, novas valências haveriam de ser adicionadas, tais como serviços de ecografia e endoscopia, ou uma nova unidade de diagnóstico e tratamento específicos, providenciando actualmente os mais diversos serviços hospitalares, desde serviços de Tomografia Axial Computadorizada (TAC) e clínica dentária, até unidades de fisioterapia e convalescença diversa.

Apesar de não ser uma organização hospitalar de grande dimensão, não contando com centenas de camas, mas apenas com algumas dezenas, possui, contudo, uma grande variedade de valências e profissionais, qualificando a instituição para os propósitos do estudo de caso. Adicionalmente, sendo uma instituição do tipo conservador, contrariamente ao tipo de hospital inovador, permite explorar a dicotomia referida na introdução deste capítulo.

Em relação aos participantes no estudo de caso, e aos respectivos perfis, foram obtidos cinco contributos, de dois membros da administração e de três profissionais da organização hospitalar: uma enfermeira, que é também simultaneamente directora do serviço de enfermagem, um médico e também de uma técnica, que também é coordenadora do serviço de radiologia.

Mais especificamente, foram entrevistados o Administrador, em funções há quase uma década, licenciado e pós-graduado na área da gestão e organização na área

social, respectivamente, com experiência em grandes multinacionais, cuja entrevista teve a duração de 2 horas e 10 minutos; o Director Financeiro, colaborador há 17 anos, licenciado em contabilidade e fiscalidade e pós-graduado em gestão de redes informáticas, esta entrevista teve a duração de 1 hora e 24 minutos; a chefe do Serviço de Enfermagem, em funções há 4 anos e enfermeira com sete anos de experiência na instituição que, para além de licenciada em enfermagem, está a concluir a especialização em enfermagem comunitária, em que a entrevista teve a duração de 48 minutos; um médico especializado em medicina interna que trabalha na organização desde que se aposentou, sensivelmente há 5 anos, cuja entrevista durou 37 minutos; e finalmente uma técnica Coordenadora do Serviço de Radiologia, que trabalha na instituição há 3 anos, tendo previamente também colaborado com outras instituições privadas, e que para além da licenciatura em radiologia, também possui um mestrado em técnicas e tecnologia de imagem médicas, esta entrevista teve a duração de 1 hora e 4 minutos.

7.4.2. Missão, visão e objectivos

Com esta secção inicia-se a análise específica do estudo de caso, suportada nas doze dimensões do enquadramento proposto por Ferreira e Otley (2009), ajustadas aos objectivos desta tese, conforme referido na metodologia de análise dos estudos de caso.

Quando inquirido acerca da visão e missão do hospital, o Administrador começou por referir que “esta informação encontra-se no *site*” da organização, o que foi possível confirmar ao consultar-se a página oficial na *internet* do Hospital Privado, onde se pode consultar que a organização, tem como visão ser “o líder”, na prestação de serviços e cuidados de saúde “não públicos” e no apoio à “idade sénior”, bem como surge identificado que tem como missão principal a contribuição para a melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade, com preocupação com a “inovação”, “qualidade” e “personalização”, procurando satisfazer clientes, colaboradores e associados, sem deixar de respeitar a população em geral e o meio ambiente. Naturalmente, que a missão e a visão aqui divulgadas, do Hospital Privado, tiveram que ser aqui transformadas de forma a não comprometer a sua confidencialidade sem, contudo, terem sido castradas do seu significado original. Saliente-se a preocupação da organização não apenas com a

prestação de serviços de qualidade e personalizados, denotando preocupação com o utente, mas também com a inovação, que constitui um dos principais pilares conceptuais de análise nesta tese.

Portanto, de acordo com a página oficial na *internet* da organização hospitalar, pode-se assumir que tanto a visão como a missão são publicamente e claramente definidas e divulgadas pelo Hospital Privado. Contudo, é também importante perceber até que ponto a direcção está impregnada de tais desideratos, bem como se foram absorvidos pelos colaboradores em geral. Imediatamente após ter referido que tanto a visão como a missão estavam disponíveis *online*, o Administrador reportou-se especificamente a estes conceitos, tendo reproduzido exactamente o conteúdo destes conceitos conforme publicados pela organização.

Tal conhecimento também era do domínio do Director Financeiro, corroborando assim, genericamente, a visão e missão “oficiais”, disponibilizadas publicamente, que não se referiu apenas à sua disponibilização na *internet*, como até facultou o respectivo endereço. Contudo, acabou por revelar que “a missão e a visão oficialmente estão definidas num site (...) e que estão consignados relativamente há pouco tempo”, sem deixar de referir que, anteriormente, não deixaram nunca de “ter também uma missão e visão” e ressaltando um aspecto muito interessante da organização, visto que esta é o:

“resultado voluntário de pessoas que há 2 séculos se juntaram por necessidades das pessoas de classes sociais mais desfavorecidas e portanto (...) queremos ser a entidade mais abrangente na área da saúde aqui na nossa zona de influência, mas eu penso que do ponto de vista social e humano é que especialmente dou mais importância a isso, é que isto é resultado da vontade espontânea e voluntária das pessoas.”.

Querendo perceber como é que a visão e missão são transmitidas, o Administrador respondeu recuperando a larga história da instituição e o conhecimento alargado da população em relação à mesma, salientando que:

“quanto à missão, aqui temos funcionários que já trabalham há muitos anos. Antigamente, não existiam cursos de enfermagem e as pessoas vinham para cá aos 14/15 anos e formavam-se aqui. Os funcionários

sabem a sua missão. O [hospital] envia todos os anos o relatório e contas a todos os funcionários.”.

Em relação aos mecanismos, processos e redes que podem ser utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, o Director informou que:

“Nós temos uma direcção clínica, de enfermagem e de pessoal e há uma relação de proximidade entre a hierarquia. De forma formal e informal os funcionários sabem o que está a acontecer. Nos hospitais há essa tradição de passar informação sobre o que se passa, sobretudo do ponto de vista clínico.”.

O Director Financeiro expressou-se em termos semelhantes embora, sem prejuízo do seu empenho pessoal, tenha reconhecido o informalismo do mecanismo de transmissão da visão e da missão, bem como da limitação da mesma ao nível das chefias e direcções:

“Relativamente à transmissão, internamente nós temos essa apologia sempre que é possível nos contactos, porém não a temos formalmente estabelecida. As pessoas, as mais interessadas, as mais atentas têm essa noção e diria que está mais ao nível das chefias e das direcções. Internamente não fazemos de nenhum modo, não apregoamos, não se cria um espaço para dizer que (...) tem essa missão. Eu pessoalmente sempre que faço contactos e possa “vender” esses conceitos tento fazê-lo.”.

O informalismo da comunicação oral dos propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, também foi reforçado pelo Director Financeiro:

“(...) há comunicações internas, nós aqui comunicamos muito pessoalmente e oralmente, como já se apercebeu isto, um hospital é uma dinâmica e onde é difícil nós estarmos isolados, porque estamos sempre em contacto uns com os outros: os processos atravessam a estrutura toda de produção, de exploração e portanto eu penso que isso é fundamental e

a noção que eu tenho é que já existe esse *know how*, esse conhecimento prévio das situações.”,

reconhecendo que poder-se-ia evoluir neste aspecto, ainda que exista uma limitação intrínseca:

“Podia-se fazer outros processos, podia-se adoptar, mas eu muitas vezes dou um exemplo que penso que responde a essa questão: nós quando começámos a informatizar o hospital (ao contrário dos outros negócios, pensando em termos comerciais, em termos de empresas) a nossa clínica não pode fechar porque trabalhamos 24 horas. Ora se nunca fecha não podemos dar a formação em tempo real o que exige um esforço de quem dá e de quem a recebe (ao contrário das empresas privadas que têm informação em tempo real).”.

Apercebendo-se da existência de um elevado nível de intimidade, num ambiente quase familiar, a investigadora retorquiu questionando até que ponto essa comunicação mais informal poderia ser considerada uma comunicação mais “familiar”, tendo-se obtido a seguinte resposta confirmatória, bem como uma nova revelação, que sugere o carácter menos humano dos hospitais públicos em relação aos privados:

“Sim, sim, as pessoas até costumam dizer, quando eu vim para aqui há 17 anos, que isto era uma família, os nossos funcionários, maioritariamente mulheres, sempre me transmitiram que isto é uma família e como os funcionários não rodam muito, cria-se aqui um ambiente e isso depois reflecte-se nos tratamentos, as pessoas que aqui vêm notam essa diferença em relação a um hospital público, sentem essa diferença. Ficamos contentes por haver essa diferenciação.”.

As indicações fornecidas pelos membros dos órgãos de gestão haveriam de ser confirmadas pelos colaboradores situados abaixo na hierarquia. Nomeadamente, um baixo nível de reconhecimento formal da visão e missão, a assumpção do carácter informal da transmissão, mas também o reforço do carácter “familiar”, reflexo do bom ambiente de trabalho e da atenção na prestação do serviço de saúde.

O caso da Enfermeira entrevistada é sintomático. Apesar de também ter responsabilidades derivadas de ser a chefe do Serviço de Enfermagem, reconheceu não saber literalmente nem a visão nem a missão da organização, dando apenas algumas indicações vagas, relacionadas com a grande história e o carácter da instituição. Contudo, estava devidamente informada acerca da divulgação destes conceitos de referência, adicionando que estão afixados na instituição, bem como confirmou a sua transmissão de modo informal:

“É transmitido informalmente. Quando se é admitido para trabalhar aqui é-nos explicada a história da instituição que já conta com mais de cem anos, o modo de funcionamento, a missão e os valores são-nos transmitidos verbalmente. Pontualmente falamos da missão porque anualmente temos um almoço ou jantar de aniversário da casa e nesta ocasião a administração relembra estas questões. Formalmente esta informação está exposta nos vários pisos e no *site*.”.

A Enfermeira, em relação à comunicação dos propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, referiu não apenas a sua transmissão informal, apelidando-a até de “familiar”, mas também de carácter formal, ao nível de circulares.

A técnica, também Coordenadora do Serviço de Radiologia, assumiu a visão e a missão talvez de um modo mais pessoal. Ainda que certamente embebida do espírito da instituição, acabou por se referir à visão de modo pouco conforme com a versão oficial, confundindo até com os objectivos institucionais:

“Quanto à visão, existe um projecto de uma clínica, o (...) já tem muitos anos e o objectivo seria criar uma clínica nova onde se pudesse abranger outros serviços e criar mais expectativas ao nível de outras modalidades, por exemplo, juntar a parte da imagiologia e outras especialidades médicas. Penso que este será o objectivo futuro.”,

reforçando o carácter da opinião pessoal, em consonância com o ambiente organizacional, na apreciação em relação à missão:

“A missão da instituição e das pessoas que estão à frente das pessoas que trabalham cá é trabalhar sempre com espírito de entreajuda para que as pessoas sejam atendidas o melhor possível e saiam daqui satisfeitas com o nosso serviço.”.

A informalidade da transmissão da visão e da missão foi corroborada, referindo a existência de “conversas”. No que respeita à transmissão dos propósitos e objectivos do hospital, a técnica teceu uma consideração curiosa, referindo que a sua transmissão informal até pode ser positiva, mas também resulta em factores inconvenientes, reconhecendo a necessidade de maior formalidade, explicando:

“Essa informação é transmitida de forma informal, o que é bom, mas por vezes verifica-se falta de comunicação. Nem toda a gente poderá saber ao mesmo tempo, por exemplo, um determinado objectivo. Neste aspecto falha um pouco, por vezes. Certos assuntos deviam ser transmitidos mais formalmente.”.

Por último, o Médico, especialista em medicina interna, quando confrontado com a missão e visão optou inicialmente por falar especificamente no seu serviço:

“Penso que nesta unidade, pela qual sou responsável, temos boas referências externas, somos uma equipa coesa, multidisciplinar, bem articulada o que nos dá resultados muito bons. Portanto, o futuro desta unidade passa por manter este nível de qualidade e, se possível, até melhorar.”.

Quanto à organização, como um todo, é de opinião no que respeita à instituição em geral, existem naturalmente os constrangimentos normais face à conjuntura actual, apesar de afirmar que acredita que a instituição tem capacidade para se adaptar às adversidades futuras.

Quanto à forma de comunicação, a sua resposta foi de encontro às dos restantes colegas realçando o bom relacionamento:

“Existe comunicação oral e um bom relacionamento entre os vários departamentos, com os órgãos do conselho de administração e as suas

várias componentes, quer a parte financeira, administrativa, dos recursos humanos (...) a nossa dimensão permite esta facilidade comunicativa.”.

Rematando, em jeito de conclusão:

“Somos uma instituição de carácter familiar, não tem a dimensão de um hospital, não tem a despersonalização que um hospital [tradicional, público] tem. Aqui o nível de comunicação entre as pessoas é melhor, há uma interligação e relações de proximidade bastante vincadas entre as pessoas que aqui trabalham.”.¹⁶

Em suma, apurou-se que existe definição formal do conceito de visão e missão, bem como divulgação na página *web* do hospital. Tal como em relação aos objectivos, existe conhecimento dos conceitos no seio da instituição, embora a transmissão seja do tipo informal.

7.4.3. Factores-chave para o sucesso

Em sequência da dimensão anterior, abordou-se também uma outra bastante importante que diz respeito aos factores-chave para o sucesso global futuro do hospital, bem como a forma como estes são transmitidos aos responsáveis pela gestão e vários funcionários.

Em relação a esta matéria, o Administrador foi bem claro e mais uma vez enunciou a tradição, dizendo que a chave desta instituição é a sua própria história e a sua equipa. Em termos de futuro, o Administrador, lembrou que a qualidade continua a ser a aposta da instituição, bem como o estabelecimento de novos protocolos. Quanto à forma como são transmitidos:

“Há funcionários que têm esse privilégio, mas não todos. Até o uso que podem fazer dessa informação não é por vezes conveniente transmitirem a outros.”.

Também o Director Financeiro foi muito objectivo ao ser confrontado com esta questão:

¹⁶ Informação auxiliar da autora adicionada entre [parêntesis rectos], procedimento que se repetirá ao longo da análise dos estudos de caso, ou seja, neste capítulo da tese e no seguinte.

“Os factores-chave são: manter o nível de qualidade global e melhorá-la; responder às necessidades das populações; ser complementar às ofertas que existem no SNS.”.

Relativamente à forma como estes são transmitidos o director mais uma vez demonstrou vontade de mudar para melhor, dizendo que:

“muitas vezes vivemos um bocado isolados e isto passa-se também ao nível da própria organização. No fundo contamos muito com essa forma de comunicar, mas mais uma vez admito que neste campo, também temos margem para melhorar. Mas isto também é relativo, porque posso querer melhorar em determinada matéria e ter dificuldades em reunir as pessoas.”.

A Enfermeira Chefe confessou que os factores chave de sucesso futuro da organização coincidem com a resposta dada relativa à estratégia, sendo de opinião que estes factores chave passam por manter o equilíbrio das contas. Também em relação ao formato como são transmitidos, a enfermeira refere a existência de reuniões e de relatórios, explicando que por vezes essa transmissão é feita de forma informal, outras vezes em reuniões. Mencionou, ainda, a existência de relatórios anuais onde consta toda a informação.

Quanto à Coordenadora do Serviço de Radiologia destacou a importância de uma equipa jovem e com formação, afirmando que este poderia ser um dos factores-chave de sucesso, aliado à possibilidade uma nova imagem da instituição. Confiantemente, argumentou que se deveria:

“Apostar numa equipa jovem de recém-licenciados. Penso que este é o ponto essencial e hoje em dia as pessoas dão muita importância ao aspecto e daí eu achar que era realmente importante haver essa tal instituição nova, porque as pessoas também gostam muito da beleza de um projecto novo. O que não deixaria de ser o mesmo hospital porque havia muitas pessoas que continuariam a vir, porque as pessoas têm saído satisfeitas com os serviços da instituição.”.

A técnica concluiu:

“Acho que isso é a chave para o que o serviço se desenvolva e vá cada vez mais colher mais frutos. Mesmo para mim, a visão que eu tenho é que isso é o essencial.”.

Em relação à comunicação organizacional destes factores chave, a Coordenadora, tal como noutras dimensões já analisadas, realçou mais uma vez o seu carácter informal, dizendo que esta se transmite essencialmente:

“De forma informal. O facto de existirem pessoas com acesso à *internet* ou novas tecnologias pode dificultar o acesso a essa informação. Por exemplo, temos agora um equipamento de radiologia que é completamente diferente, portanto as pessoas têm que ter uma adaptação ao aparelho, com certeza que os posicionamentos são os mesmos, mas a forma de se trabalhar com o aparelho é diferente, posteriormente a forma de analisar também é diferente. A tecnologia evolui e as pessoas se querem manter devem evoluir.”.

Note-se que a coordenadora se referia ao facto de cada vez mais informação ser publicada exclusivamente na *internet*, mas nem todos os públicos têm acesso a este tipo de divulgação, nomeadamente os mais idosos e pessoas sem formação, o que parece ser um aspecto muito interessante.

Em termos globais, quanto aos factores-chave para o sucesso, são de realçar as vantagens inerentes à longa tradição da instituição e a vasta experiência dos profissionais. Também se enfatiza a aposta na qualidade do serviço e no estabelecimento de parcerias/protocolos com outras entidades, baseados no foco nas necessidades das populações e na complementaridade com a oferta do SNS. Regista-se a preocupação como equilíbrio financeiro da organização, uma clara vantagem na conjuntura actual. Foi referido o interesse e necessidade implícita em rejuvenescer a equipa de colaboradores. A transmissão está limitada a funcionários com “privilégio”, por inconveniência de conhecimento geral. Existe o reconhecimento da existência de deficiências de transmissão, aspecto que se pretende vir a melhorar no futuro.

Apesar da variedade e quantidade de evidência obtida em relação aos factores chave de sucesso, tendo-se até recolhido diversas preocupações de algum interesse, fica, contudo, registado o facto de haver informações e preocupações manifestadas que sugerem contradições diversas. Deste modo não se pode afirmar que os factores chave de sucesso estão claramente definidos na organização, ou pelo menos que foram claramente comunicados aos colaboradores.

7.4.4. Estrutura organizacional

A estrutura organizacional é outra das dimensões contemplada no *framework* utilizado neste tese. A opinião relativa a esta dimensão por todos os entrevistados foi unânime, tendo sido descrita a organização hospitalar como tendo uma estrutura horizontal, tendo sido referida comumente como de “estrutura achatada” Por exemplo, o Administrador, quando confrontado com o tipo de estrutura da organização, prontamente afirmou:

“É achatada. Existe um Conselho de Administração, uma direcção clínica e uma direcção de enfermagem. Há direcções técnicas que dirigem o resto do pessoal.”.

Por sua vez, o Director Financeiro acabou por confessar que não existe um organograma oficialmente definido, mas assegurou que:

“Temos uma estrutura piramidal, mas não temos um organograma definido, pelo menos oficializado, mas penso que todas as pessoas têm mais ou menos a noção. É uma estrutura achatada.”.

Quanto aos restantes entrevistados, e com funções mais direccionadas com os cuidados de saúde propriamente ditos, também exteriorizaram a ideia do achatamento da estrutura da organização. A Enfermeira Chefe, relativamente à estrutura, afirmou a existência de diferentes níveis hierárquicos, explicou, contudo, que devido ao tamanho da instituição e também à personalidade das pessoas, na sua opinião se trata de uma estrutura “achatada”. A Enfermeira fez questão de imediatamente a seguir enfatizar as vantagens e os inconvenientes deste tipo de estrutura:

“Um dos aspectos favoráveis desta estrutura seria a administração compreender melhor os funcionários devido à proximidade. Mas entre os aspectos menos favoráveis, verifica-se a promiscuidade de papéis entre os vários profissionais, bem como a facilidade em saltar estruturas hierárquicas no acesso à comunicação.”.

Por último, a Coordenadora do Serviço de Radiologia corroborou as opiniões de todos os seus colegas, reafirmando a ausência significativa de clivagem hierárquica, tendo o Médico reforçado, também, todas as opiniões, referindo, ainda, os aspectos positivos deste tipo de estrutura, como a facilidade de diálogo entre as pessoas dos vários departamentos e o espírito de entreaajuda e motivação.

No tocante à informação sobre a estrutura organizacional, a investigadora questionou os entrevistados sobre a influência dessa mesma estrutura no seu desenho e no modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho. Deste modo, o Administrador admitiu imediatamente que existe influência, explicando:

“Influencia. Há coisas que ainda funcionam de modo familiar, por exemplo, ainda não utilizamos o relógio de ponto. Até há 10 anos atrás havia direcções eleitas, mas hoje não é possível dirigir da mesma forma, começa a haver mudança mas mesmo assim há muita aproximação entre as pessoas, apesar da adopção de métodos mais anónimos.”.

Tendo complementado, providenciando informação adicional, enfatizando a multidisciplinaridade tanto da gestão como das direcções técnicas. Mais especificamente, o Administrador prestou informação acerca do perfil destas direcções, referindo que o Conselho de Administração integra um gestor, um vogal ex-bancário e um outro que é enfermeiro, enquanto que a direcção clínica é dirigida por um médico, a de enfermagem por um enfermeiro, a de farmácia por um farmacêutico e direcção técnica do lar por uma assistente social.

Parecendo esta informação ser relevante dado a combinação de elementos técnicos com gestores, a investigadora, por iniciativa própria, não estando esta questão prevista no guião, questionou a importância dos administradores serem da área da gestão em termos de gestão e desempenho organizacional. O Administrador, justificou:

“Sim, especialmente porque têm melhor sensibilidade para os números. Os médicos geralmente não estão interessados com o quanto custa, apenas com resultados. Depois é importante alguém na equipa que faça a gestão dos números.”.

Por último, em relação a este tópico foi questionado como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, tentando deste modo a investigadora determinar como é que a estrutura organizacional influencia e como é influenciada pelo processo de gestão estratégico. Relativamente a esta questão, o Administrador referiu:

“Apesar de apresentarmos planos a muito curto prazo (1 ano) há um envolvimento do conselho de administração com as chefias de topo para planificar objectivos para 3 anos (investimentos). O resto da organização é envolvida nos planos a curto prazo, entre Outubro a Dezembro apresentamos o orçamento e o plano de acção para o ano seguinte e é isso que vincula a organização. É com base neste planeamento que são realizados os controlos anuais e analisados os desvios e os graus de execução. O que não é concretizado nesse ano, incorpora o orçamento do plano de acção do ano seguinte.”.

A mesma dimensão foi aprofundada com entrevistas aos restantes colaboradores. O Diretor Financeiro, por exemplo, em relação à influência da estrutura organizacional o desenho e o modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho, adicionou uma componente mais técnica:

“Os modelos de gestão têm sido um bocado ao contrário. Estamos a falar de informática? Nós temos aproveitado, pelo facto de estarmos a implementar a gestão nessa matéria, para obrigar a estrutura de gestão a ter essa forma de funcionamento. Temos utilizado a informática. Numa estrutura normal, temos a hierarquia definida e depois a informática é que se adapta, mas aqui foi um bocado ao contrário, nós utilizamos a informática para renovar os aspectos de gestão, o que nos tem ajudado a mesclar dessa forma.”.

Relativamente à questão dos sistemas de gestão do desempenho (PMSs) incluem tanto mensuração de RMP como CMP, o director mencionou a importância da dimensão da organização, argumentando:

“A gestão é feita por gestores de profissionais, antes de eu chegar aqui a contabilidade, por exemplo, era feita por um gabinete e o acompanhamento aqui era feito por um técnico de contas que se reunia com os diretores e portanto não funcionava da mesma forma como se fosse uma empresa. Portanto aqui os médicos quando chegam até nós eles são identificados com a organização e sabem ao que vêm ou se há algum equívoco rapidamente se desenrola. O facto da administração ser composta por pessoas da área da gestão é uma mais valia, até porque nos dias que correm e até pela dimensão que estamos a ter. Como estamos a crescer organicamente é evidente que uma casa deste tamanho não pode estar nas mãos de 2 ou 3 pessoas não tenham domínio pelos assuntos. Isto é um processo que já começou há uns anos, com a minha vinda, antes não existiam pessoas com as minhas características a tempo inteiro.”,

tendo concluído da importância conjunta de RMP e CMP, dizendo que se deve combinar os dois. Ainda nesta dimensão e no que diz respeito à possível existência de RMP contribuir para a obtenção de resultados organizacionais, via eficiência, o director concordou. Por sua vez, a Enfermeira Chefe quando confrontada com a questão se a estrutura organizacional influencia o desenho e o modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), respondeu afirmativamente, mas alertou que o desempenho, positivo ou negativo, não se reflecte em prémios ou incentivos.

Um tópico, a avaliação de desempenho, que será abordado especificamente mais adiante nesta tese. A investigadora retomou, novamente, a inquirição de como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, tendo a Enfermeira Chefe, opinado o seguinte:

“Não temos médicos ligados à administração, apenas de gestão bancária e um administrador que é da área de enfermagem. Acho que é muito

importante neste caso existir alguém na administração ligado à área da saúde, porque deve haver uma visão mais ligada a esta área e não apenas a economicista.”.

Evidenciando que uma gestão profissional produz benefícios, a enfermeira, reclama a necessidade de interações balanceadas, ou seja que deve haver um equilíbrio multidisciplinar, explicando que uma pessoa só da área de economia não tem abertura para algumas especificidades relacionadas com a saúde.

Quanto à Coordenadora do Serviço de Radiologia, quando questionada com a possibilidade da estrutura organizacional poder influenciar o desenho e o modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), mencionou:

“Sim, penso que sim. Principalmente, penso que as pessoas que lideram os vários serviços influenciam muito a forma como o serviço funciona e devem verificar se corre bem ou menos bem. Penso que isso é muito importante. Por vezes o que acontece é que muitos serviços podem não estar, ou a pessoa que está à frente, podem não estar tão bem adaptado ou ter conhecimentos sobre aquele tipo de serviço, acho que isso também é muito importante para que as coisas corram bem.”.

A mesma coordenadora, relativamente à possível existência de RMP e do seu contributo, para a obtenção de resultados organizacionais via eficiência, manifestou a seguinte opinião:

“(...) eu penso que as pessoas serem formadas na área da gestão é muito importante, mas penso que não deviam ser só pessoas nessa área. Como esta é uma casa de saúde também devia de haver alguém que soubesse a área da saúde. Acho que sim, uma boa equipa seria entre alguém de gestão e uma pessoa ligada à área da saúde. (...) [A organização] com esta nova direcção, também já tem um enfermeiro e acho que já vamos colher esses frutos, ou seja temos uma pessoa da área de gestão e outra da área de saúde, acho que isto é uma mais-valia.”.

Por último, a investigadora questionou a coordenadora sobre como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, tendo esta afirmado positivamente quanto às relações entre os agentes da estrutura:

“Eles no fundo, como são de áreas diferentes, já interagem entre eles, mas também é importante comunicar com os diversos directores dos outros serviços para saberem como é que as coisas estão a correr, como foram, por exemplo, ‘aqueles 6 meses de trabalho e juntar até mesmo aqueles responsáveis por aquele trabalho de determinado serviço e a partir daí pensar o que é que podemos fazer melhor, o que é que podemos fazer para melhorar o que correu mal’. Acho que isso é uma estratégia que podia ser implementada e fazer com que o serviço beneficiasse com isso.”.¹⁷

Por último, o médico foi muito sucinto e quanto à possível existência de RMP e do seu contributo, para a obtenção de resultados organizacionais, via eficiência, apenas referiu que: na sua visão não se deve ter problemas em trabalhar com um gestor, devendo prevalecer sempre diálogo e o equilíbrio permanente entre as questões relacionadas com a racionalização de custos, por um lado, e os cuidados de saúde, por outro.

Em resumo, da inquirição realizada, foi possível concluir que a organização funciona claramente na base de uma estrutura organizacional horizontal, com baixa clivagem hierárquica, ou seja, de orientação organizacional mais horizontal do que vertical.

Em sintonia com a consonância apurada dos respondentes em relação à estrutura organizacional, também há o reconhecimento de que o tipo de estrutura em vigor tem influência no seu próprio desenho e no modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho, tendo sido referido, por exemplo, que a pretensão de uma estrutura organizacional “achatada” e simplificada, acabou por justificar o próprio desenho organizacional, de modo que a direcção clínica é dirigida por um médico, a de enfermagem por um enfermeiro, a de farmácia por um farmacêutico e

¹⁷ As ‘aspas’ no conteúdo da citação são da vontade e responsabilidade da inquirida. O procedimento de utilização destas aspas repetir-se-á ao longo da análise dos estudos de caso, ou seja, neste capítulo da tese e no seguinte.

direcção técnica de um lar por uma assistente social. Adicionalmente, e concorrentemente, aferiu-se que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico. Tendo sido tentado perceber como é que a estrutura organizacional influencia e como poderia ser influenciada pelo próprio processo de gestão estratégico, foi recolhido o exemplo de que são os próprios requisitos da gestão que acabam por definir a hierarquia.

Relativamente à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluírem tanto aspectos de RMP como CMP, ou seja incluírem tanto a mensuração de desempenho clínico como da gestão, foi mencionada a importância de ambas. Esta sugestão reforça a construção teórica realizada anteriormente nesta tese, que provou ser de interesse tanto para o estudo quantitativo, como qualitativo. Ainda em relação a esta temática, e em ligação com a anterior da interacção, foi enfatizada a importância da utilização da informática e a sua influência não só para a (re)definição da estrutura, como também para a potenciação da utilização de sistemas de gestão.

Em relação à ligação da estrutura com a estratégia organizacional, dimensão que se examina em seguida, este estudo de caso permitiu perceber que as preocupações estratégicas são mais de médio e, sobretudo, de curto prazo, tratando-se por isso de questões mais do foro operacional do que propriamente estratégico.

7.4.5. Estratégias e planos

Outra das dimensões considerada importante para a presente análise do Hospital Privado diz respeito às estratégias e aos planos adoptados pela organização, os respectivos horizontes temporais, bem como a forma como são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e aos restantes colaboradores. Na análise desta dimensão também são contemplados os participantes na definição dos objectivos da organização.

Relativamente a todas estas questões, o primeiro inquerido, o Administrador, evocou de imediato a actual conjuntura económica muito difícil que Portugal atravessa, dizendo que:

“À primeira [das estratégias] podemos dizer que passam pela nossa sobrevivência. Com o aumento das taxas moderadoras no hospital público, entre oportunidades e ameaças, esta pode de facto constituir uma oportunidade.”.

O Administrador do Hospital Privado refere, ainda, que:

“Em termos estratégicos, esta administração tem como missão assegurar a continuidade dos serviços e assegurar projectos de futuro e diversificar a nossa actuação, porque o sector da saúde está um bocado condicionado, há muitos grupos privados a agir da mesma maneira e com outros quadros financeiros, humanos e materiais que não podemos competir. Mas também não é nosso objectivo competir, mas sim sermos complementares.”.

Relativamente à forma que estas estratégias e planos são gerados e comunicados, o Administrador complementou:

“Muitas vezes os funcionários desconhecem as estratégias, mas os quadros superiores estão muito envolvidos. Existe um Conselho de Administração e um Conselho Geral que reúne regularmente e muitas vezes as “discussões” nascem da análise, da orçamentação, dos desvios e das oportunidades que podem ser valorizadas, adoptadas e concretizadas. Temos pessoas de diferentes padrões políticos, médicos, advogados, farmacêuticos, etc. que fazem parte do Conselho Geral. As estratégias nascem do diálogo constituído nestas ocasiões.”.

Sobre quem participa na definição dos objectivos estratégicos, o Administrador respondeu que:

“se existir alguma informação válida que possa servir a administração, podemos discuti-la e levá-la à prática. Somos uma instituição democrática, todos têm o direito e são livres de participar nas Assembleias Gerais.”.

Contrariamente, e curiosamente, quando confrontado com a questão da estratégia da organização, o Director Financeiro do Hospital Privado, não mencionou a crise económica como condição preponderante a ter na sua resposta, optando até por abordar a possibilidade de crescimento por parte da organização:

“Quando me fala em estratégia, eu penso que a nossa estratégia é crescer de forma a aumentar a oferta, para as pessoas sentirem uma alternativa que é o que nos diferencia das outras instituições de saúde.”.

Porém, quando confrontado com os planos e o respectivo horizonte temporal, o mesmo acabou por ressaltar a importância da conjuntura económica, fundamentando que:

“Nós temos um edifício histórico, bastante antigo, na década anterior necessitamos de espaço e adquirimos terrenos para podermos ter um edifício, num horizonte de 10 a 15 anos. Com a crise fomos obrigados a colocar este projecto em lista de espera e apostar noutros, nomeadamente, a aposta em residências assistidas que é, aliás, o nosso principal projecto actualmente.”.

Quanto ao modo como essas estratégias e planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores, o Director Financeiro, contrariamente ao Administrador, assumiu de forma clara a existência de falhas a esse nível, notando que:

“Penso que ainda existem algumas lacunas nesta matéria, (...) temos que fazer um trabalho de autocritica e tentar melhorar os processos, na verdade temos muitas áreas a melhorar. (...) Eu próprio sou crítico e por isso na minha área de influência directa tento fazer com que as pessoas andem sempre com os papéis identificados, até porque na área administrativa trabalhamos com papéis de todas as áreas e convém que estejam todos identificados.”.

Quanto à questão de quem participa na definição dos objectivos estratégicos, o Director Financeiro foi objectivo assegurando que é a administração, mas tendo sempre em conta as diversas opiniões.

As inquietações sentidas, principalmente resultantes da crise económica, pelos membros dos órgãos de gestão quanto se fala em estratégias, planos e objectivos, haveriam de ser confirmadas pelos restantes colaboradores da instituição, não ficando estes alheios a esta manifesta preocupação. De ressaltar que os restantes colaboradores, já descritos no ponto anterior deste capítulo, são detentores de competências mais vocacionadas com os serviços médicos e consequentemente com os doentes.

A Enfermeira Chefe, por exemplo, quando confrontada com questões sobre a estratégia e os planos da organização, prontamente evocou os sérios tempos de crise que o nosso país enfrenta, expressando essa preocupação na sua resposta, dizendo que:

“Derivado à conjuntura actual a principal estratégia é manter a saúde económica e financeira da casa. Nós já tivemos fases de investimento, ainda agora fizemos as residências, poderão ocorrer outros investimentos para renovar alguns serviços derivado à avançada idade de alguns edifícios, mas para já o importante é manter o equilíbrio das contas.”.

Relativamente à forma como as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos diversos colaboradores a enfermeira menciona a existência e importância de um plano anual de actividades que é feito para o ano seguinte, sendo aprovado em Dezembro e definindo os objectivos e o plano de acção, sendo discutido em reunião de serviço e apresentado aos funcionários através de circular. Contudo, apesar das prestimosa informação adicional prestada pela Enfermeira Chefe, não se pode considerar que esta tenha o conhecimento aprofundado das questões relacionadas com as estratégias da organização, para além do que já havia sido referido anteriormente.

Quanto aos participantes na definição dos objectivos e planos estratégicos, a enfermeira referiu que realiza a maior parte do plano, tendo em conta as necessidades e oportunidades observadas ao longo do ano, anotando objectivos e o plano de acção. Mais especificamente, referiu a gestão da área de internamento, do bloco e do atendimento permanente de urgência. Referiu, ainda, que este plano é apresentado à direcção que avalia e aprova as propostas indicadas, decidindo esta posteriormente a definição para a estratégia organizacional, fazendo um aproveitamento *feed forward* (pós-retorno) do *feed back* da enfermeira.

Por sua vez, a Coordenadora do Serviço de Radiologia, quando deparada com aspectos como a estratégia, e depois de também ela ressaltar a situação difícil em que o país se encontra, optou por fazer uma análise mais individualista da própria instituição, enfatizando a formação como estratégia, assumindo que:

“Em termos globais eu penso que passa por apostar numa equipa mais jovem e recém-licenciada, para dar mais assistência aos doentes e também com mais formação.”.

Quanto ao horizonte temporal, a coordenadora assumiu desconhecer totalmente, mencionando a existência de uma falha de comunicação sobre estes aspectos, afirmando que:

“Daquilo que me é transmitido penso que não há. Ou seja, não há nada que diga que daqui a x anos vamos ter uma clínica, acho que isso não existe. Se continuarmos assim acho que será mais difícil de concretizar devido à conjuntura económica.”.

Também no que diz respeito à forma como estes planos estratégicos são adoptados, gerados e comunicados aos colaboradores, no geral revela que as desconhece, porém assume o sentido de responsabilidade de todos os colaboradores da organização com vista a trabalhar mais e melhor:

“Isso não é transmitido. Mas às pessoas que trabalham comigo transmito que o nosso objectivo é sempre criar mais e tentar sempre aumentar o nível de trabalho aqui dentro. Nós temos consciência e sabemos que o objectivo é aumentar a capacidade de trabalho e lucro para a instituição para que no futuro se consiga o objectivo da clínica, neste caso. Nós sabemos isso, mas não é muito transmitido.”.

O Médico, por sua vez, quando deparado com a questão da estratégia da organização, prontamente afirmou que será importante manter as áreas de intervenção em que a organização está envolvida e aguardar que esta fase de crise seja ultrapassada, sem deixar sequelas, de forma a que a instituição possa crescer e diferenciar.

O Médico, também, comprovou a informalidade com que é transmitida a informação, enfatizando que algumas são transmitidas directamente, outras em conversas mais informais. Exemplificou, com o serviço que coordena, dizendo que na qualidade de director do seu serviço, faz reuniões, todas as semanas, onde estão presentes: um membro do conselho da administração; a enfermeira-chefe; um fisioterapeuta; e a assistente social.

Numa apreciação global, apurou-se que as estratégias são definidas colegialmente pelos órgãos de gestão e essencialmente ajustadas à realidade e evolução do sector, sem deixar de considerar o futuro, através da preocupação com o desenvolvimento de novos projectos. Também se regista que se procura a diversificação da oferta, procurando competir através da complementaridade com a oferta existente no sector. A transmissão directa das estratégias está limitada aos quadros superiores, sendo apenas eventualmente dirigida aos restantes colaboradores apenas de modo informal. Em resumo, pode-se afirmar que as estratégias não parecem estar muito bem definidas no Hospital Privado.

7.4.6. Medidas-chave de desempenho organizacional

As medidas-chave de desempenho organizacional, que derivam dos respectivos objectivos, factores-chave de sucesso, estratégias e planos, também foram apreciadas no *framework* do estudo de caso aplicado nesta tese, tentando deste modo perceber se o hospital usa indicadores financeiros e não financeiros, bem como perceber se estão presentes as 4 perspectivas do BSC e se os indicadores são de índole objectiva ou subjectiva, de curto prazo ou longo prazo. Aproveitou-se, ainda, para tentar aferir como é que estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e qual o papel que assumem na avaliação de desempenho. Em síntese, tentou-se perceber quem participa e se esta participação é por iniciativa própria ou por imposição. Por último, em relação a esta dimensão, a investigadora também inquiriu quanto à opinião dos entrevistados relativamente aos indicadores ou áreas de desempenho que deveriam ser possivelmente incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação.

A análise desta dimensão revelou ser mais aprofundada pelos colaboradores da gestão, indo de encontro ao esperado pela investigadora, uma vez que aqueles dominam mais esta matéria do que os restantes colaboradores, que apenas afirmaram que não se aplicavam medidas de avaliação de desempenho no Hospital Privado.

Em conformidade, em relação a esta questão das possíveis medidas-chave, o Administrador afirmou:

“Não temos BSC. Até ao final de 2011 seguíamos os planos de contabilidade, apenas, de controlo financeiro e não com informação de outras áreas. (...) Com outros mapas complementares vamos obtendo informação que necessitamos, se calhar muitas vezes duplicada em função das necessidades de cada um.”.

Relativamente à forma como estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho argumentou:

“A avaliação de desempenho é informal devido à proximidade das pessoas. Não somos um hospital público e por isso não temos grandes objectivos em termos de produção, não temos objectivos realizar x cirurgias disto ou daquilo. Mas temos objectivos em termos de taxa de ocupação, se temos 36 camas disponíveis dá cerca de 4000 diárias por ano e temos como objectivo pelo menos 80% da taxa de ocupação.”.

O Administrador, reportou-se à realidade da instituição dizendo:

“Por exemplo, no ano passado tivemos 94% da taxa de ocupação. Em termos de cirurgia é completamente diferente dependemos do exterior. Apesar de termos objectivos em relação ao bloco operatório dependemos sempre do que vem do exterior, nós não temos lista de espera, apenas clientes que vamos ganhando no dia-a-dia, por isso não é fácil definir que queremos x cirurgias, aqui só fazemos um controlo. Também temos objectivos em relação às consultas externas, produzimos estatísticas e damos a conhecer aos médicos dos resultados que estão a ter, mas

estamos sempre sujeitos a uma procura do exterior que não é controlada aqui dentro.”.¹⁸

Quando confrontado com a opinião em relação aos indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação, o Administrador prontamente assumiu a intenção de aprofundar esta matéria, afirmando:

“Existem. Nós temos uma secção de pessoal onde tivemos inicialmente um jovem estagiário da área de Higiene e Segurança no Trabalho que entretanto prosseguiu os estudos e concluiu uma licenciatura em Gestão de Recursos Humanos e esse é um desafio que ele vai ter que assumir. Portanto vai ter que tratar um conjunto de informações úteis não só para a gestão como para a avaliação de desempenho.”.

Também o Director Financeiro confirmou que o Hospital Privado não utiliza medidas chave de desempenho organizacional. Porém, referiu a utilização de outras ferramentas das quais derivam informações necessárias à gestão do Hospital, clarificando que:

“Não, não utilizamos nenhuma dessas medidas de gestão. Nós, no fundo, utilizamos uma coisa semelhante, mas que não tem o mesmo nível de profundidade dessas ferramentas, porque nós temos relatórios de gestão mensais que estão adequados ao nosso modelo e que transmite às pessoas que estão na gestão o melhor sentido do pulsar da organização. No fundo é mais ou menos um *tableau de bord*, este é analisado e actualizado todos os anos, nós revemos os nossos critérios anualmente.”.

Realçou, ainda, a complexidade e unicidade do sector da saúde, bem como as consequências inerentes destas características em relação a esta matéria:

“O negócio da saúde é muito subjectivo, não sei se tem essa percepção (é que às vezes a gente esquece-se que ao planear a agenda de um médico, digo que deve fazer consultas de 10 em 10 minutos, depois há um que diz ‘já estou aqui há meia hora e não fui atendido’, bom temos que entender que as pessoas não são máquinas). Uma pessoa pode demorar mais

¹⁸ As ‘aspas’ no conteúdo da citação são da vontade e responsabilidade da inquirida.

tempo, porque tem que fazer um diagnóstico mais profundo e como tal vai atrasar todo o processo. Vendo isto do ponto de vista de um produto, eu vendo um produto cujo custo é a hora do médico, mais a recepção, mais aquilo que penso gastar e resolvi o problema daquela pessoa com uma aspirina, mas a pessoa que vem a seguir já precisa da aspirina, de uma caixa de antibióticos e de outros diagnósticos, ou seja, a área da saúde está sempre a vender serviços tipo ‘alfaiate à moda antiga’, *i.e.* é sempre feito adequado, eu não posso fazer como na indústria automóvel, onde temos produtos em que o gestor senta-se do lado de cá e define custos e multiplica por n . Nós aqui não podemos fazer isso, cada caso é um caso.”.

Confirmou a informalidade relativa à forma como estes estão especificados e são comunicados, bem como a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho. Uma vez mais o director expressou a intenção de proceder a mudanças organizacionais no sentido de colmatar algumas lacunas, realçando que:

“Não, aqui as pessoas não são avaliadas do ponto de vista formal, porque nós não fazemos avaliação. Já fizemos durante 2 ou 3 anos, depois deixamos de fazer por várias razões: uma foi porque foi a vontade definida pela administração; e a outra foi a reflexão na vontade política de implementar isto e as pessoas perceberem.”.

Apesar de actualmente não existir a avaliação de desempenho, o Director fez questão de expressar a sua vontade em relação a esta matéria, explicando:

“Eu sou apologista que é um processo útil, ‘dou-me bem com ele’ e gosto deste tipo de processos. Eu na minha estrutura já o implementei, até para meu controlo pessoal, mas infelizmente já não fazemos isso actualmente. Tenho intenção que isto vá ser uma realidade entretanto, uma vez que a nossa estrutura está a aumentar.”.

Apesar de não se realizarem avaliações formais, existe reconhecidamente a preocupação com esta temática, a ponto de, apesar do fracasso da experiência no passado, continuar a

existir a vontade de começar a discutir novamente a reintrodução deste tipo de processo, pelo menos em algumas áreas:

“Há sempre áreas que nós discutimos nas várias reuniões dos diversos sectores, quando se implementa aqui um projecto isto mexe com várias pessoas e às vezes verificamos quando um projecto arranca, há uma falha ou duas e aí vê-se logo que falhou. Portanto, só pessoas com alguma experiência nesta área é que já se podem dar ao luxo de trabalhar nessa matéria. Posso resumir: agora montámos uma sala de formação e já nos podemos começar a reunir e isso vai-nos permitir começar a fechar esses buracos que poderão ainda estar abertos.”.

Quanto à Enfermeira Chefe apenas referiu que não existe implementado sistemas de avaliação de desempenho na instituição. Acerca da opinião, quanto aos indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação, afirmou:

“Desde indicadores básicos como a assiduidade, pontualidade, etc. Também o querer aceder à formação. Ainda, há outros indicadores mais subjectivos, como por exemplo a forma como se lida com o utente, a interacção, a qualidade do serviço, etc.”.

Relativamente à Coordenadora do Serviço de Radiologia, foi de opinião que:

“Isso é outro aspecto que acho que era muito importante haver, sobre o desempenho de funções. Isto porque há que criar expectativas da parte do empregador. Ou seja, a pessoa sabe que tem um determinado objectivo a atingir e chega ao fim de um mês ou um ano a tentar cumprir esse objectivo e pode ser encorajado para cumprir aquele objectivo e tentar sempre fazer melhor. Isto não é só bom para o trabalhador, que está envolvido em tentar fazer cumprir o seu objectivo, como para a própria instituição que vai beneficiar com isso. Eu penso que o desempenho de uma actividade é muito importante e acho que isso é uma das chaves para que as coisas corram bem, porque obriga a pensar no que falhou, no caso

de ter falhado, um determinado objectivo e ver o que podemos fazer para as coisas melhorarem.”.

Ou seja, corroborou o que foi referido anteriormente pelos outros entrevistados, não tendo o médico adiantado outros elementos relevantes.

Recapitulando, em termos de medidas-chave de desempenho organizacional, não há utilização do BSC, apenas informação do tipo *tableau de bord*. O controlo existente e os indicadores utilizados são eminentemente de índole financeira. São produzidos relatórios de gestão mensais, para além da elaboração e reporte de informação anual compreensiva.

Em suma, pode-se afirmar que a avaliação de desempenho é essencialmente informal, não estando implementada a toda a escala na organização, de modo compreensivo. Apenas existe o reconhecimento da produção realizada, contudo, tal avaliação parece ser realizada de modo discricionário, o que também é justificado pela própria natureza do serviço de prestação de cuidados de saúde. Efectivamente, foi referida a dificuldade em instituir sistemas de avaliação de desempenho com indicadores objectivos para a generalidade dos colaboradores. Os indicadores são subjectivos, incluindo a atenção ao utente, o nível de interacção, ou a qualidade do serviço.

7.4.7. Definição de metas

A dimensão da definição das metas, a que se segue no âmbito do *framework* adoptado para análise dos estudos de caso desta tese, foi também abordada aqui de forma exhaustiva. Esta dimensão está relacionada com a examinação das metas de desempenho da organização hospitalar, tendo sido colocadas várias questões aos entrevistados, nomeadamente quanto ao nível de performance que o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho, identificadas na questão anterior, ou quanto ao modo como se definem as metas de desempenho apropriadas para essas mesmas medidas-chave de desempenho e, finalmente, quanto ao grau de dificuldade de consecução das metas, *i.e.* apurar até se essas mesmas metas são fáceis ou difíceis de conseguir.

Quando o Administrador foi confrontado com as questões relacionadas com o nível de performance que o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho e a forma como se definem metas de desempenho apropriadas para essas medidas-chave de desempenho, o mesmo mencionou de imediato a dificuldade sentida em todo o processo, devido essencialmente ao grande número de colaboradores auxiliares e à grande interacção existente. Mencionou, também, que grande parte destes não apresentam um elevado nível de formação e enfatizou a importância de sobrepor a eficácia à eficiência, *i.e.* a qualidade da prestação dos cuidados de saúde acima de imperativos financeiros. O Administrador afirmou que a definição de metas:

“não é tarefa fácil, face à actividade que a instituição tem. O maior número de pessoal que temos desempenham funções auxiliares, tornando a definição de metas e a própria avaliação do desempenho mais difíceis. As pessoas trabalham em equipa, *i.e.* não trabalham individualmente, dependendo muito da interacção entre elas e o bom ou mau desempenho, é fruto do resultado do desempenho relacionado com a prestação de cuidados, e não atingir meramente números.”.

No fundo, o Administrador reconheceu a dificuldade em instituir sistemas de avaliação de desempenho neste hospital e traçar metas. Porém, por sua própria iniciativa, exemplificou casos em que a adopção de metas é possível, ainda que ressalvando sempre a complexidade inerente à actividade de serviço médico, dizendo:

“É difícil, mas por vezes possível. Por exemplo, posso dizer a um médico que trabalha numa urgência que tenho como meta tratar no mínimo 30 observações. Estas metas são-lhes transmitidas, tendo este a obrigação de as cumprir. Definir estas metas a um médico, *i.e.* definir que este não pode atender menos de 4 doentes por hora ou demorar mais que 15 minutos por doente, não é fácil devido essencialmente à relação de proximidade entre a instituição e a comunidade local. Muitas vezes é essa proximidade a nossa mais valia, ou seja dedicar, mais tempo, por exemplo 20 ou 25 minutos a cada doente.”.

O Administrador acabou por reconhecer que estas medidas têm consequências na produtividade, mas por outro lado a diferenciação pela qualidade do serviço é uma mais valia para a organização, existindo o reconhecimento por parte das pessoas da região. Quanto ao grau de dificuldade em se atingir as metas, o Administrador para a justificar melhor, recorreu ao exemplo de uma especialidade, afirmando que:

“As metas são extremamente fáceis de alcançar, nós muitas vezes é que somos permissivos para que elas não sejam alcançadas. Temos o inverso, por exemplo, na dermatologia o médico deve ver mais de 6 doentes por hora *i.e.* correspondente a 10 minutos por doente. Muitas vezes a minha função é também explicar isto aos doentes, *i.e.* um melhor atendimento nesta organização relativamente ao público. Uma das vantagens é que aqui podem ser atendidos no próprio dia enquanto no público ficam em lista de espera. Contudo, logicamente que há os casos de doentes que é preciso dedicar mais tempo, nós tentamos incutir no médico que está na administração privada e portanto deve fazer sentir o doente que está a ser observado com atenção redobrada.”.

O Director Financeiro, quando abordado com estas questões, reiterou que, em bom rigor, não existia avaliação de desempenho na instituição, pelo que a definição de metas não pode ser considerada como uma temática prioritária, ou sobremaneira importante, dado ser de carácter mais informal.

Ainda assim, quanto à forma como se definem as metas de desempenho apropriados para estas medidas-chave de desempenho, o director insistiu nas características peculiares do sector da saúde e na crise económica que o país atravessa, afirmando:

“Como já lhe disse anteriormente, neste momento é um bocado difícil de lhe dizer, por causa da nossa situação. Posso, no entanto, lhe dizer que nós [a Administração] analisamos melhor é através dos rácios financeiros e económicos. Do ponto de vista de desempenho das funções compete a cada chefe ou director de sector, que por sua vez depois agrega tudo a nível da administração.”.

No que diz respeito ao grau de dificuldade no alcance das metas, respondeu naturalmente de forma simplificada:

“Diria que quando fazemos o trabalho de casa torna-se um trabalho fácil, caso contrário é mais difícil. E acima de tudo, se o trabalho em equipa for bem feito as coisas são relativamente fáceis.”.

Todos os restantes colaboradores, mais direccionados com a prestação de cuidados de saúde, argumentaram nestas questões que não eram alvo de avaliações. A Enfermeira Chefe, por exemplo, corroborou a ideia de ausência de avaliação de desempenho no Hospital Privado. Porém imediatamente a seguir, mencionou as metas anuais da instituição, enalteceu a autonomia e referiu a falta de pressão por parte da administração, em termos de controlo, afirmando que:

“Para este ano as metas que tínhamos traçadas são: apostar na formação para os elementos recém-chegados; fazer uma actualização nas formações de especialidade; e fazer uma formação diária, por exemplo na triagem hospitalar. Em relação às metas relacionadas com os custos, não sentimos por parte da administração essa pressão e também não existe em relação ao controlo de gastos.”.

A Coordenadora do Serviço de Radiologia foi mais além, pois para além de mencionar que não era alvo de qualquer avaliação, mostrou o seu desagrado. Esta explicou que embora fosse um processo complicado, poderia ser visto como uma motivação para colaboradores, ressaltando a dificuldade na aceitação do processo de avaliação para as pessoas que já trabalham há muitos anos, contudo referiu que se este fosse bem explicado e se fosse traduzido em prémios adicionais, como por exemplo o aumento do ordenado, poderia fazer com que as pessoas não ficassem com receio de serem avaliadas, mas pelo contrário, ficassem mais motivadas no desempenho das suas funções. Evidenciou, ainda, que apesar de não existir avaliação, existe bem patente o sentido de responsabilidade na concretização das metas, dizendo que:

“Eu não conheço as metas específicas definidas, mas é uma preocupação verificar como é que o dia correu, se correu melhor ou pior que o dia anterior, ou se esta semana foi mais fraca do que a outra. Há essa

preocupação e também há a preocupação de tentar fazer os exames logo na hora de marcação, não só em benefício do utente, mas também para nós, porque tentamos que não haja paragens de serviços.”.

Quanto ao grau de dificuldade em atingir as metas, referiu que hoje é maior, explicando:

“Já foi mais fácil, visto haverem muitos cortes na área da saúde e essencialmente nos pedidos médicos para os serviços de imagiologia. Vê-se muitas vezes que as pessoas até querem e precisam de fazer os exames e os médicos, não digam que não sabem que as pessoas precisam, mas também estão limitados aos números de pedidos. Isso também não nos ajuda a nós. Nós queremos que as coisas corram melhor e de aumentar o trabalho, mas também não depende só de nós. Tentamos abranger vários horários, dar a possibilidade à pessoa a que horas e dia lhe dá mais jeito para ser atendida. Tentamos facilitar para conseguir a satisfação do cliente e para que ele venha ao nosso serviço, mas também não depende só de nós.”.

Por sua vez, a informação relevante do Médico em relação às metas, bem como o grau de dificuldade em as alcançar, é que todos os colaboradores têm que saber racionalizar meios e competências não prescindindo, naturalmente, da qualidade e das componentes primárias das actividades próprias da actividade. Enfatizou que “tudo” se deve basear no diálogo e na transmissão dos aspectos menos positivos por parte da direcção para que, deste modo, os restantes colaboradores se possam adaptar às alterações necessárias a implementar.

Em resumo, as metas são definidas pela administração, embora não sejam do conhecimento geral dos colaboradores, parecendo existir algumas lacunas na sua transmissão. Ainda que sejam consideradas fáceis de alcançar, reconhece-se que eram mais facilmente atingíveis no passado. Existem poucas metas em termos de produção, parecendo ser discricionárias. São fixadas metas de realização de consultas, urgências e de taxa de ocupação de camas, por sua vez as metas relacionadas com as cirurgias são definidas pela actividade exterior. É dada pouca ênfase no que respeita às metas

relacionadas com os custos e com o controlo de gastos. Os responsáveis técnicos (*e.g.* enfermeira-chefe) têm conhecimento das metas e contam com um plano de acção.

Em termos gerais, pode-se considerar que a dimensão da definição de metas está inquinada pela ausência de avaliação do desempenho que, ainda, que complexa dada a natureza intrínseca do serviço de prestação de cuidados de saúde, é reconhecida como importante por alguns dos inquiridos.

7.4.8. Avaliação de desempenho

A dimensão analisada aqui vem na sequência da anterior e questiona o tipo de avaliação de desempenho possa existir no hospital. A investigadora procura perceber se esta é do tipo participativo, se os funcionários estão efectivamente envolvidos a nível individual, de grupo e/ou organizacional e tenta, ainda, aferir se as avaliações de desempenho são primariamente objectivas, subjectivas, ou combinadas e, finalmente, o quão importante é a informação formal e/ou informal, bem como os controlos nestes processos.

Apesar de, tal como já referido anteriormente, não existir avaliação de desempenho formal no Hospital Privado, o Administrador contrapôs:

“Uma direcção técnica, o próprio administrador é sujeito a avaliação, por exemplo no momento da votação é avaliado pelos colegas onde é reconhecido pelo mérito.”.

Imediatamente a seguir, e por iniciativa própria, o administrador, utilizou um exemplo prático capaz de explicar que existem processos informais em que está implícita a avaliação de desempenho, argumentando:

“A informação mais relevante é, por exemplo: recebo a informação da fisioterapia que tem 5 profissionais e tenho a produção de cada um deles. Se eu verificar que um fisioterapeuta trata em média 10 doentes por dia e o outro só trata 5, logicamente que aquele que trata 5 é questionado pelos motivos. Se não encontrarmos a justificação temos que efectuar medidas correctivas. Isto tem influência nos rendimentos, em prémios ou outra

consequência. Os serviços produzem estatísticas que servem para fazer a avaliação pessoal do desempenho e servem para corrigir eventuais falhas.”.

Quanto à sua opinião sobre a natureza das avaliações de desempenho mencionou que devem ter um carácter objectivo. Mais uma vez o Administrador socorreu-se de um exemplo concreto da prática da organização para argumentar a sua convicção, afirmando que [as avaliações]:

“são objectivas e baseadas em números. Por exemplo, um fisioterapeuta coordenador verifica os objectivos a atingir: nós temos capacidade para atender 5 pessoas por dia, temos uma procura diária na ordem das 125 pessoas, portanto, temos que ter a capacidade e organização para cumprir e dar vazão a essa procura. Analisando os números e se verificarmos que existe 1 a produzir 5 e os restantes a produzir 4, aquele está a produzir mais, temos que ter capacidade de analisar os números e ver o tipo de doentes que atende. Por exemplo, um doente de AVC exige de um fisioterapeuta um tempo diferente que se for outro de traumatologia.”.

Já em relação ao quão importante é a informação formal e informal, bem como os controlos nestes processos, o Administrador mais uma vez mencionou a informalidade da circulação da informação, já referida numa dimensão anterior, como “veículo” preponderante:

“Nós temos reuniões intercalares com as chefias onde será apresentado o plano de acção, este é feito com a projecção daquilo que foi feito no passado e tentar ver se é produtivo ou não, para depois tomar medidas correctivas e acompanhar a implementação dessas medidas correctivas. Se não estiverem a ter o resultado esperado temos que procurar alternativas. Existe um *feedback* desta informação transmitida de modo informal e em equipa e muitas vezes com a presença de um administrador nessas reuniões. (...) portanto há pouca distância entre os funcionários e as chefias.”.

Por sua vez, o Director Financeiro, para além de afirmar a falta de avaliação de desempenho, também fez questão de mencionar que muitas das vezes essa existência, noutras instituições, se trata de uma mera “formalidade” *i.e.* grande parte delas são uma mera burocracia e nem sempre espelham a realidade.

Em relação à natureza da avaliação de desempenho, concordou com o Administrador, optando pela objectividade, e mencionou um procedimento da instituição que consiste num questionário e que no fundo serve de avaliação, referindo-se a estas como:

“Se existissem [as avaliações] aqui seriam objectivas. A existirem depende sempre dos projectos definidos pela Administração. Nós temos um questionário com cerca de 20-25 questões e fazemos com que as chefias façam uma análise às pessoas que têm na sua alçada. Depois devem dar conhecimento às pessoas sobre essa mesma avaliação, para que posteriormente se faça um resumo a nível hierárquico. Deste modo, o topo da hierarquia ficará na posse de dados de avaliação sobre as pessoas e relativamente a todos os itens que lá estão.”.

Quanto à importância da informação formal e informal, bem como os possíveis controlos existentes nestes processos, o Director Financeiro foi mais além ao referir a resistência ao processo de implementação de medidas de avaliação por parte de alguns colaboradores, tendo também consciência, porém, que existiriam outros que, ao invés, gostariam que esse mesmo processo fosse efectivamente implementado, afirmando assertivamente que:

“Se pensarmos que isto é uma organização que já dura há mais de cem anos, formada por pessoas para pessoas, eu defendo que se as pessoas sentirem que estão a ser valorizadas e motivadas (não controladas ou fiscalizadas) teremos melhores resultados. No caso de serem avaliadas a partir de qualquer momento já sabemos que podemos ser criticados, porque há pessoas que até gostavam de ser avaliadas para mostrar o seu mérito, já outras não têm esse interesse.”.

As respostas da Enfermeira Chefe a estas questões também foram bastante claras. No que respeita à avaliação de desempenho, afirmou: “Formalmente não existe”. Quanto à natureza das avaliações de desempenho, referiu sem qualquer hesitação que devem ser combinadas. Explicando, ainda: “É importante existirem valores mensuráveis, mas tendo em conta que somos do sector da saúde devem ser também subjectivas.”.

A Enfermeira, relativamente à importância da informação formal e informal, bem como os controlos nestes processos, manifestou a sua preferência pela via formal. A investigadora, perante tal objectividade, tomou a iniciativa de, pela primeira vez, questionar a Enfermeira-Chefe com uma questão que não fazia parte do guião e que se debruçou sobre a possível resistência das pessoas no caso da implementação de um sistema de avaliação aos colaboradores. A enfermeira respondeu:

“Não diria mais resistentes, mas seria mais difícil de gerir os resultados, isto porque há sempre a tendência para a comparação e competição.”.

Quanto à Coordenadora do Serviço de Radiologia, confirmou a falta de medidas de avaliação de desempenho, dizendo que não é avaliada. Referiu, porém, que a existirem, a natureza dessas avaliações de desempenho deveriam ser:

“(…) objectivas. Acho que devia ser avaliada desde a forma como o cliente é recebido, desde a recepção até que entra no serviço para fazer um exame, a forma como o técnico aborda o utente e até que sai. De uma forma global, posteriormente também se poderia fazer a avaliação do nível de espera para a realização do exame, para o tempo de espera pelo relatório, o número de exames efectuados, etc.”.

Por último, quando questionada sobre a importância da informação formal e informal, bem como os controlos nestes processos, disse: “Penso que sim, isso é importante.”.

De seguida, a investigadora colocou-lhe ainda uma outra questão que não constava no guião: “acha que o seu trabalho é controlado de algum modo?” A coordenadora respondeu perentoriamente que não.

Quanto ao médico, falou sobre estas matérias de forma mais individual, enaltecendo a funcionalidade das relações informais dizendo:

“Nesta unidade dirijo 12 camas e vários profissionais. A enfermeira avalia o pessoal que coordena. No meu caso, sou eu o responsável e avalio a capacidade de desempenho, como funcionamos. Nas reuniões semanais dialogamos sobre estas questões. Nesta unidade não temos um sistema formal de avaliação, apenas dos nossos procedimentos e é feito de forma natural.”.

No que respeita à importância e natureza das avaliações de desempenho, também sem qualquer hesitação, afirmou:

“Os dois. Como medidas objectivas destaco, por exemplo: verificar a taxa de ocupação, uma vez que pode ajudar a perceber se estamos a usar bem os nossos recursos e optimizá-los ao máximo. Nas mais subjectivas, são exemplo as medidas relacionadas com a qualidade de atendimento e de manter uma relação estreita com o doente.”.

Em termos globais, conforme referido anteriormente a avaliação de desempenho é apenas informal: existem processos informais em que está implícita a avaliação de desempenho. Na verdade, a avaliação de desempenho esteve implementada na organização, mas por um período inferior a 3 anos, tendo a administração acabado por abandonar esta prática. As avaliações existentes são objectivas e baseadas em números - os serviços produzem estatísticas que servem para fazer a avaliação pessoal do desempenho e servem para corrigir eventuais falhas. A circulação da informação caracteriza-se pela informalidade. Existe encorajamento para cumprir metas, bem como é incentivada a formação. Os membros da direcção e os colaboradores são genericamente apologistas de avaliação, mas também são conscientes das respectivas limitações e questões intrínsecas.

Em resumo, apesar de não existir um sistema formal de avaliação de desempenho existe, contudo, a percepção da existência de alguns mecanismos de avaliação e controlo, ainda que ténues, que não extensivos a todos os níveis da organização e com poucos efeitos práticos a nível de recompensa, apenas eventualmente ao nível do controlo. Também ficaram vincadas as vantagens e desvantagens da eventual adopção destes sistemas, reflectidas ao nível da competição entre

colaboradores, tendo também sido feito o alerta acerca das resistências que poderiam advir da implementação destes processos.

7.4.9. Sistemas de recompensa

Na sequência das dimensões anteriores, com a presente dimensão analisam-se os possíveis tipos de incentivos financeiros e/ou não financeiros auferidos pelos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores, por atingirem objectivos de desempenho, ou outros aspectos de desempenho possivelmente considerados. Para além disso, foi inquirida a existência de possíveis penalizações dentro da organização para quem não consiga atingir um determinado nível, quanto aos objectivos propostos.

Em relação a esta matéria, o Administrador assumiu, de um modo que se pode considerar orgulhoso, a existência de diversos tipos de incentivos oferecidos por parte da instituição, mencionando que:

“Existem alguns, por exemplo, os prémios por mérito, que são essencialmente prémios financeiros. Existem para alguns quadros um seguro de saúde e prémios de produtividade que são dados em função dos objectivos que se atingem e do seu empenhamento.”,

acrescentou:

“Outro incentivo foi, por exemplo, através do programa de formação das novas oportunidades: demos incentivos financeiros aos funcionários que concluíram com êxito a sua escolaridade (cerca de 200 euros por pessoa). Também temos financiado pós-graduações, por exemplo, à enfermeira chefe e à assistente social, ou através de ajustamento de horários facilitando sempre o acesso à formação. Também todo o nosso pessoal tem desconto de 50% em todas as consultas.”.

O Administrador afirmou que não há qualquer penalização se as metas não forem alcançadas. Curiosamente, esta matéria revelou-se sensível quando questionada ao Director Financeiro, que pela primeira vez ao longo da entrevista, se mostrou evasivo, referindo apenas que esta questão deveria ser respondida pelo seu colega da

Administração, visto ser ele a quem pertence este pelouro e consequentemente em melhor posição para responder.

Quanto às penalizações, o Director Financeiro argumentou que, uma vez que as metas não estão definidas, dizendo também que não existem penalizações, com excepção das consideradas “normais”, dizendo que:

“Não, nós como não temos esses objectivos definidos por sectores e por secção e pessoas, também não existem penalizações. Excepto o normal que pode acontecer em qualquer organização, quando uma pessoa toma atitudes que vão contra os valores defendidos pela instituição.”.

Tal como já abordado anteriormente, na missão e visão, os valores são muito importantes nesta instituição uma vez que esta surgiu para servir as classes mais desfavorecidas, tendo presente também o bem estar de toda a comunidade, trabalhando a instituição com um ambiente quase “familiar”.

Por sua vez, a Enfermeira Chefe quando confrontada com a matéria da existência ou não de incentivos no Hospital Privado, manifestou algum desagrado na falta desse tipo de informação, contrapondo:

“Existir existe, mas pelo facto de ser uma hierarquia achatada muitas vezes não temos conhecimento disso. As decisões, por vezes, são tomadas sem o conhecimento e envolvimento dos funcionários.”,

sugerindo parecer saber da existência de incentivos que serão limitados apenas a alguns colaboradores, sem querer especificar quais, mas não beneficiando ela própria de quaisquer recompensas.

Quanto às penalizações, confirmou as opiniões dos colegas, falando apenas em situações consideradas “normais” em qualquer organização. Contudo, a enfermeira-chefe, uma vez mais, mencionou a estrutura achatada do Hospital Privado e como corolário a familiaridade entre utente e administração, dizendo que:

“Penalizações não, mas chamadas de atenção existem com frequência quando algo corre mal. Esse *feedback* é transmitido muitas vezes pelos

utentes, isto porque existe um clima de familiaridade entre os utentes e a administração.”.

Por seu lado, a Coordenadora do Serviço de Radiologia, também mais uma vez, relembrou os tempos complicados que se vivem actualmente, para a seguir mencionar o reconhecimento como factor de motivação para os funcionários, argumentando realisticamente que:

“Eu penso que por vezes a parte financeira ajuda e nos motiva. Mas temos consciência que estamos mal e portanto não podemos estar a pedir aumentos, mas se houvesse essa avaliação de desempenho já era um benefício para a instituição, saber quem é que num ano cumpriu objectivos, deram o seu melhor e vamos premiar para que se continue a tentar fazer melhor. (...) Por vezes, sabemos que nem sempre é possível dar esse prémio, mas penso que só dar uma palavra, apesar de não ser o suficiente, já ajuda e as pessoas até compreendem. O reconhecimento acho que já era muito gratificante.”.

Quanto a penalizações, a coordenadora revelou o seu desconhecimento. Por último, o Médico também desconhece a existência de penalizações no Hospital Privado. Referiu, ainda, que na instituição não existem incentivos financeiros, destacando, porém, os apoios não financeiros, nomeadamente o apoio à frequência de formação, às deslocação ou ao alojamento.

Em resumo, a existência de sistemas de recompensa é muito limitada no Hospital Privado. Contudo, do que foi inquirido, é possível concluir quanto à sua existência, ainda que por vezes se confundam mais com benefícios, tipo *fringe benefits*, tais como seguros de saúde, ou apoios à formação. Por outro lado, quanto aos “prémios financeiros”, de “produtividade” ou “por mérito”, ainda que mencionados como atribuídos em “função das metas que se atingem e do seu empenhamento”, parecem enfermar de total discricionariedade e também de não serem aplicáveis a toda a estrutura de colaboradores, disposta na referida “hierarquia horizontal”, o que parece resultar num certo desconforto quanto à sua possível assimetria.

Na verdade, a existência de sistemas de recompensa, na verdadeira acepção do conceito, parecer ser muito limitada e possível a apenas alguns quadros da instituição, o que mereceu a crítica de alguns colaboradores, que aludiram à vantagem da instituição em instituir bónus de desempenho para premiar o mérito. Quanto a possíveis penalizações elas parecem não existir, dada a pouca importância manifestada em relação a esta vertente pelos entrevistados neste estudo de caso.

7.4.10. Fluxos de informação, sistemas e redes

A dimensão estudada nesta secção diz respeito aos fluxos de informação específicos-*-feedback* (retorno) e *feedforward* (pós-retorno), bem como aos sistemas e redes que o hospital possa ter em prática para o suporte da operação dos seus sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs).

Nesta matéria, o Administrador esmerou-se ao exemplificar procedimentos que permitem a obtenção de informação para a tomada de decisão e eventuais medidas correctivas. Contudo, enfatizou que maioritariamente tais procedimentos são utilizados apenas como sugestões, referindo também que:

“Temos o sistema informático, uma direcção financeira, um departamento de cobrança e facturação, de reconciliações bancárias, de pessoal que faz o normal procedimento de pagamento de salários, análise de direitos dos trabalhadores, controlo de absentismo, pagamento de prémios e horas extraordinárias. Também temos a direcção financeira e a contabilidade que produz mapas mensais por valências, actividades, e produtividade. Sabemos, por exemplo, quanto é que a lavandaria produz, quanto produz o serviço de consulta externa, o internamento, a unidade de cuidados continuados. Esta informação está informatizada, mas também temos em papel.”.

O Administrador mencionou, ainda, um outro sistema que apesar de informal considera muito proveitoso no sentido que capturar sugestões feitas pelos utentes, com vista à melhoria dos serviços por parte da instituição explicando:

“Também temos outro sistema, não é formal, mas também não é informal: os doentes preenchem inquéritos para avaliação dos serviços, qualidade do atendimento, condições de higiene e conforto das instalações, e qualidade da alimentação. Esta informação é tratada estatisticamente e serão tomadas medidas correctivas sempre que é necessário. Felizmente este instrumento é mais usado como modelo de sugestões do que como reclamação.”.

Quanto ao Director Financeiro, realçou a sua habitual disponibilidade para conversar com os colaboradores. Porém, pronunciou novamente o desinteresse de muitos colaboradores sobre estas questões, dizendo que:

“Às pessoas que conversamos conseguimos transmitir essa opinião, até porque as pessoas mais abertas abordam-nos e falam connosco e eu tenho muito gosto em responder. Dentro das competências que tenho tento fazer chegar isso, mas há sempre aquelas pessoas em que não existe *feedback*.”.

O Médico, relativamente a esta matéria, apenas se pronunciou ao dizer que são de natureza informal, tal como anteriormente tinha referido. De realçar que a investigadora percebeu que na opinião do médico tal não era considerado um problema, mas muito pelo contrário, preferindo o médico esta forma de comunicação. Por sua vez a Enfermeira Chefe apenas informou que, como não existe avaliação de desempenho, consequentemente os fluxos são informais.

A Coordenadora do Serviço de Radiologia confessou a sua falta de conhecimento sobre estas questões, mas recomendou a convocação de reuniões periódicas de forma a colmatar lacunas existentes, afirmando que:

“No geral não tenho esse conhecimento e a administração não nos dá *feedback* sobre estes assuntos. Eu acho que se houvesse periodicamente uma reunião, não só para quem está a liderar o serviço e quem está a tomar conta dele, isso às vezes era importante. Fazer reuniões com os vários chefes de serviço para dar *feedback*, até para nós termos a noção de como é que as coisas estão a correr em termos de números.”.

Pode-se facilmente concluir que a Coordenadora do Serviço de Radiologia está a reclamar por mais informação, contrariando a opinião expressada pelo Director Financeiro que referiu o desinteresse dos colaboradores em relação à importância e utilização da informação na organização. Fica em aberto a questão de se saber até que ponto a informalidade da transmissão da informação ser mais conveniente para os responsáveis na organização *versus* colaboradores subordinados.

Em resumo, apesar de se ter apurado a existência de diversos fluxos e sistemas de informação, fica a percepção de que não são muito extensos, bem como de que existe um certo subaproveitamento dos mesmos, procedendo-se à análise desta problemática na secção seguinte, que se apresenta abaixo.

7.4.11. Utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho

Segue-se agora a apresentação da dimensão relativa ao tipo de utilização que é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo, ou sistemas de controlo de gestão. A investigadora teve como objectivo verificar se o uso é sobretudo do tipo diagnóstico ou interactivo, conforme já discutido anteriormente quando foi referido o trabalho de Simons (1995). Adicionalmente, procurou-se verificar que tipo de sistemas de controlo de gestão poderiam estar a ser utilizados efectivamente, bem como aferir quanto à interpretação que os colaboradores que os utilizam fazem deles, também no âmbito da avaliação e obtenção de possíveis resultados organizacionais. De realçar a importância da análise desta dimensão para testar a segunda questão de investigação formulada para esta tese. Esta dimensão foi esmiuçada no sentido de questionar, ainda, se estas utilizações poderiam ser associadas a algumas tipologias, ou tipos de usos, que os entrevistados tivessem conhecimento existirem na literatura, e/ou relatórios técnicos, nomeadamente, podendo-se apurar eventuais autores, organizações, artigos, ou relatórios técnicos que os inquiridos pudessem ter conhecimento.

Também se pretende tentar apurar como é que os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes. Por último, ainda foi questionado se se considerava que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas

de informação e controlo, poderia incentivar e justificar o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo poderia contribuir para a obtenção de resultados organizacionais.

Quando confrontado com as questões lançadas para a análise desta dimensão, o Administrador, evocou uma vez mais uma informação que pode ser relevante, agora em termos de custos unitários, afirmando que:

“Temos contabilidade de gestão, usamos a informação que achamos que é importante. Por exemplo, sabemos quanto custa um penso, uma hora de enfermagem, quanto custa uma cirurgia, temos apontamentos manuais de quanto custa tudo numa cirurgia em bloco operatório.”.

Em relação a essas mesmas utilizações dos sistemas, quando questionado com o facto de serem associadas a algumas tipologias/tipos de usos que tenha conhecimento existirem na literatura e/ou relatórios técnicos, nomeadamente que autores e que artigos ou relatórios, este prontamente assumiu o desconhecimento. Aliás, em relação a esta última questão, as respostas obtidas foram análogas a todos os restantes colaboradores entrevistados, sem excepção.

Voltando ao Administrador e quando lhe foi questionado se considera que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, incentiva, e/ou justifica, o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais, este, de imediato, assumiu a implementação de novos processos com vista à obtenção de melhores resultados. Contudo, também enfatizou que, por si só, podem ser insuficientes, enaltecendo, simultaneamente, competências que um gestor deve ter, nomeadamente a sensibilidade, argumentando:

“Sim, incentivamos. (...) Neste momento estamos em processo de implementação de um sistema informático que nos permitirá retirar melhores resultados deste tipo de informação. Existe uma preocupação de não nos cingirmos à informação que resultar desta plataforma. É preciso alguma sensibilidade para gerir este tipo de informação, por exemplo, a facturação passa toda por mim.”.

Completo, ainda a sua resposta dizendo:

“O caso de uma informação que vem do bloco operativo sobre os consumos por doente, olhando para a folha de consumos consigo perceber se há consumos a mais ou a menos. Por exemplo não é possível fazer uma ‘coisa’ sem a ‘outra, pode ter sido apenas o caso de ser terem esquecido de apontar esta informação, para quem não for sensível a isto (...) podem passar-se aqui problemas graves. O mesmo para o caso de coisas utilizadas sem necessidade ou situações de erros.”.

Em relação ainda a esta matéria, abordou um assunto já apreendido e reportado antes pela investigadora, e que corresponde à pouca formação de alguns colaboradores, dificultando a utilização de Tecnologias de Informação, referindo que :

“Em relação à utilização das Tecnologias de Informação temos aqui casos de funcionários info-excluídos devido à sua idade e base de formação. Contudo, as novas gerações já não se deparam com esse problema, são muitas vezes eles próprios a adoptar esses sistemas.”.

O Director Financeiro, relativamente ao tipo de utilização que é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo/sistemas de controlo de gestão, foi objectivo, deixando mais uma vez a ideia de que se pretende continuar a fazer mais e melhor, afirmando que toda a informação de controlo de gestão circula só entre a direcção financeira e a administração. O director mencionou, porém, que existe uma ideia da administração em começar a distribuir informação pelas várias chefias, de forma a envolver as pessoas na realidade que a instituição atravessa.

Quanto à forma como é que os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes, respondeu:

“Nós fazemos um trabalho isolado ou solitário em recolher informação dos diversos sectores, olhamos a informação e fornecemos a informação em formato condensado para a administração e nesse processo se detectarmos alguma incoerência, devido ao valor que está orçamentado,

aí voltamos a questionar a estrutura e aí é alvo de alguma atenção especial durante algum período de tempo.”.

Por último, foi pedida a sua opinião quanto a se considerava que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, incentiva/justifica o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais. O Director financeiro fez questão de, novamente, invocar as particularidades do sector da saúde, justificando desta forma a sua opinião:

“Como retórica concordo a 100%, mas na prática as coisas não se processam exactamente assim, especialmente na área da saúde. As pessoas não gostam de serem avaliadas. A tendência da gestão é definir métricas, mas o ser humano não pode ser uma métrica, isto é um contra-senso dentro deste negócio que nós estamos - o factor humano e por outro lado o controlo, por isso aqui tem que haver algum bom senso e dentro do possível não abandonar nem um nem o outro.”.

A Enfermeira Chefe, quando confrontada com o tipo de utilização que é feito da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo/sistemas de controlo de gestão, mencionou o relatório de contas anual, afirmando, no entanto, que este apesar de ser afixado internamente, muitas das vezes os funcionários nem se apercebem da sua publicação. De seguida a investigadora questionou-a em relação à forma como os controlos existem em níveis hierárquicos diferentes, não parecendo existir qualquer clivagem. A Enfermeira Chefe, mencionou que não existem quaisquer diferenças de controlo.

Por sua vez, a Coordenadora do Serviço de Radiologia demonstrou a sua falta de conhecimento em relação a este assunto enfatizando, porém, que no caso de perguntar com certeza que será disponibilizada toda a informação, mas que esta não é transmitida. Pode-se facilmente constatar que a Coordenadora, tem opinião contrária à Enfermeira, relativamente aos controlos e as suas utilizações poderem diferir em níveis hierárquicos diferentes. A Coordenadora tem a convicção que esses controlos e as suas utilizações, podem diferir um pouco, dando o exemplo dos médicos, que em sua opinião não são tão

controlados, *i.e.* são mais autónomos. Apesar, de ter esta opinião, também referiu que esse controlo seja, contudo, muito frequente.

Por último, foi perguntado se a coordenadora considera que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, incentiva/justifica o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais.

“Sim, contribui. Não tenho conhecimento sobre o orçamento anual do Hospital. Em termos de inovação de suportes informáticos verifica-se algum investimento nesta área, tentam estar a acompanhar e inovar.”.

Apesar da existência e utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão, o seu uso parece ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995). A sua interpretação pelos colaboradores que os utilizam parece ser limitada, bem como o seu possível contributo para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, dificultando a capacidade de contribuir para o teste da segunda questão de investigação desta tese. Quanto aos possíveis autores e artigos ou relatórios que os inquiridos poderiam conhecer, nada foi reportado, pelo que não foi possível associar as possíveis utilizações dos sistemas de informação e controlo a tipologias/tipos de usos publicados em artigos académicos, ou relatórios de índole técnica. Finalmente, a diferenciação das utilizações da informação e controlos em níveis hierárquicos diferentes, parece ser inexistente, ou, a existir, tal clivagem sugere ser imperceptível.

7.4.12. Mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho

Nesta dimensão a investigadora tem intenção de perceber como se alteraram os sistemas de gestão e mensuração do desempenho (PMSs) à luz das dinâmicas de mudança do hospital e da sua envolvente, tentando apreender há quanto tempo o sistema que está a funcionar existe, e como era anteriormente, bem como apreender dos possíveis contributos ou constrangimentos da aplicação de avaliação (frequentemente o SIADAP, mas apenas no casos dos hospitais públicos). Também foi questionado se essas mesmas

mudanças no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva.

Relativamente a esta dimensão, o Administrador fez questão de sublinhar a lentidão subjacente à implementação deste tipo de processos e a necessidade em tirar partido dos benefícios em relação a estes, caso contrário considerada escusada a sua adopção, mencionando em relação à mudança nos sistemas de informação que:

“É um processo que evolui ao longo dos anos. As pessoas vão tendo formação, há congressos, reuniões de sector, pela união de hospitais privados e portanto há processos que vão sendo copiados e adoptados de uns sítios para outros. O que custa mais é implementar o primeiro, depois começa a banalizar-se. Não é necessário termos aqui um processo de tratamento de informação que depois ninguém vai dar importância, as coisas têm que ser analisadas e adaptadas.”.

O Administrador fez questão de realçar a importância de contrabalançar a afectação dos recursos em relação aos benefícios obtidos, explicando que por vezes não é viável existirem recursos afectos à produção de informação se ninguém liga nenhuma, temos sim que produzir aquilo que necessitamos e retirar daí algum benefício. Quanto à proactividade ou reactividade dessas mesmas mudanças, o Administrador aludiu à preponderância de ambas, afirmando que:

“Haverá as duas situações. Haverá o desenvolvimento, aquele que é adoptado de forma não obrigatória, portanto voluntariosa, porque alguém apresentou uma sugestão ou resultados de uma instituição congénere e útil relativamente àquilo que nós produzimos. A vantagem de nos conhecermos uns aos outros não nos permite ter aqui segredos de sistemas de gestão uns para os outros.”.

O Administrador, de forma entusiástica, contou à investigadora, que a instituição em breve será visitada por uma instituição do Porto que tem como intuito de vir conhecer o modo de funcionamento do Hospital Privado para perceber e comparar o *modus operandi* de ambas as organizações. Referiu, que naturalmente, no caso de existirem

situações que surpreendam pela negativa, existirá de imediato uma atitude reactiva e a consequente adopção de medidas correctivas.

Também o Director Financeiro confirmou o reportado pelo Administrador, em relação às alterações dos sistemas de gestão e mensuração do desempenho, enfatizando a sua morosidade e empenho necessários, arguindo:

“Isto é um trabalho que tem que ser feito ao longo do tempo, com muita dedicação e perseverança. É um trabalho que está para ser feito, digamos que é uma meta e nunca é atingida. Vamos evoluindo, diria que hoje estamos melhor que ontem e no ano passado estamos melhor que no ano anterior. Portanto, cada vez envolvemos mais as pessoas, as pessoas vão-se envolvendo mais, quanto mais não seja pela imposição de legislação. Por exemplo, uma coisa que não estava prevista de fazermos um investimento tão grande, foi-nos imposto a prescrição electrónica e de um momento para o outro tivemos que em 4 a 5 meses adquirir *software*, competências e levar cablagens aos departamentos que não estavam equipados com informática, ou seja a gabinetes onde não estava previsto fazer este tipo de investimento naquele ano, o que obrigou naturalmente a desvios orçamentais.”.

Também em relação à segunda questão, o Director Financeiro corroborou, tal como havia sido feito pelo Administrador, a utilidade e a forma quer proactiva quer reactiva das mudanças no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho:

“Diria que temos as duas, mas quero acreditar que é pró-activa. Estamos num projecto há muito tempo que começou com a minha vinda cá, começamos com um computador e agora a nossa rede informática já tem quase 60 computadores. E já estamos na parte final daquilo a que chamamos de processo clínico digital, ora isto só é possível com a envolvimento de todas as pessoas, desde o doente que é quem mais beneficia, à direcção, à enfermagem, aos clínicos, portanto é um processo evolutivo e dinâmico.”.

Ainda em relação a esta matéria, a Enfermeira Chefe demonstrou algum desconforto e apenas respondeu acerca das mudanças no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), escusando-se a apreciar se foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva, referindo apenas que quando aplicado ao caso da informática, o sistema foi implementado com o objectivo de melhorar.

A Chefe do Serviço de Radiologia, quando confrontada com as alterações dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho à luz das dinâmicas de mudança do hospital e da sua envolvente, realçou a importância da palavra “mudança” nas suas respostas, uma vez que invoca sempre a possível resistência dos colaboradores, desta vez argumentando da seguinte forma:

“Sim, sim aliás penso que muitas das vezes, em termos de tecnologias não avança mais porque as pessoas não estão receptivas a essa evolução da tecnologia e muitas vezes até já podíamos estar a trabalhar de uma forma diferente, mas as pessoas, especialmente as mais velhas, ficam muito reticentes a essas mudanças. E nós até achamos que se conseguiam adaptar sem problema nenhum, há uns que se adaptam e outros que dizem logo que não.”.

Finalmente, resta referir que não foi obtida uma resposta concreta por parte do médico em relação a esta questão. Em termos gerais, a dimensão da mudança parece assumir-se como problemática, não só pelas exigências inerentes, mas também devido a poder gerar naturais resistências, parecendo que existe sobretudo uma atitude de reactividade quanto ao acompanhamento das mudanças ocorridas na envolvente, ainda que tenha sido manifestada bastante preocupação com o respectivo acompanhamento. Em síntese, não foi possível retirar relações significativas em relação a mudanças nos sistemas de gestão e mensuração do desempenho.

7.4.13. Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho

A última dimensão do *framework* adoptado nesta tese para a análise dos estudos de caso, foi talvez a mais esmiuçada de todas, perfazendo um total de seis questões. A investigadora pediu para os entrevistados descreverem as ligações que pudessem identificar entre as componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho e as possíveis vias em que estes pudessem ser utilizados, conforme referido nas onze dimensões anteriores. Foi também questionado se os inquiridos consideravam se o Hospital Privado se preocupava em adoptar atitudes inovadoras e que tipo de atitudes inovadoras consideram poderem terem sido adoptadas. Adicionalmente, solicitou-se também a opinião sobre se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos, bem como, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos. Perguntou-se ainda aos inquiridos se estes consideravam que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais e, por último, se consideravam que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderia também resultar na obtenção de resultados organizacionais.

Quando a investigadora solicitou ao Administrador para descrever as ligações que pudessem existir entre as componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho e as possíveis vias em que estes poderiam ser utilizados, este retorquiu:

“Nós produzimos a informação informaticamente e temos canais de distribuição de informação interna (*intranet*), temos pastas e ficheiros partilhados e outras formas de disponibilizar a informação por todos internamente através das circulares.”.

Em relação à questão em que se inquiria se considerava que o hospital se preocupava em adoptar atitudes inovadoras, o Administrador surpreendeu ao mencionar:

“Efectivamente não existe essa preocupação devido em parte ao nosso regime (...). Temos que ser pró-activos de modo a que estas instituições consigam criar valor e reservas para conseguir acompanhar as tendências

inovadoras, desde acompanhar a legislação, novas maquinarias, as regras ambientais, etc.”.

Em relação ao tipo de atitudes inovadoras que considerava terem sido adoptadas, referiu: “Digo antes medidas actuais. Nós não fazemos investigação, apenas actualizamos procedimentos, instrumentos e formas de trabalhar.”. Questionado se uma atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos, bem como justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, afirmou, salientando a particularidade das organizações hospitalares privadas, explicando que esta instituição é diferente dos hospitais públicos e que esta questão parece mais focalizada para esse tipo de instituição.

Na resposta à questão se considerava que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, o administrador não considerou muito pertinente, uma vez que existe um número substancial de colaboradores com funções auxiliares, argumentando que o Hospital Privado está um pouco condicionado, visto abarcar uma população relativamente pequena. Referindo: “Temos cerca de 170 colaboradores, dos quais cerca de 50 têm funções técnicas e auxiliares, portanto não se aplica.”.

Já no que diz respeito à existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia, e quanto à possibilidade de poder resultar na obtenção de resultados organizacionais, manifestou uma opinião contrária, mencionando a importância da formação e explicando que:

“Sim, temos essa preocupação. Fizemos agora uma candidatura ao Programa Operacional Potencial Humano para os próximos 2 anos. A formação é muito importante em termos de impacto na adopção de ‘formas de estar’ diferentes e também na motivação. Temos sempre feito esse incentivo. Damos sempre anuência a formações que sejam úteis para a nossa área de actuação.”.

Quanto ao Director Financeiro, quando a investigadora solicitou para que descrevesse as ligações que pudessem existir entre as componentes dos sistemas de gestão/mensuração

do desempenho e as possíveis vias em que estes pudessem ser utilizados, conforme referido nas onze questões anteriores, respondeu prontamente:

“Temos alguns médicos para alguns sectores e tentamos avaliar o desempenho dos sectores com base em critérios objectivos ao nível da gestão. Quando verificamos que existem fundamentos para sensibilizar as pessoas desses sectores nós dedicamos mais atenção a esse sector e normalmente descobrimos o que se está a passar. Esta sensibilização constante entre a gestão e os profissionais pouco a pouco ‘leva a água ao moinho’.”.

Por sua vez, relativamente à questão de considerar até que ponto o hospital se preocupa em adoptar atitudes inovadoras, o Director respondeu de forma totalmente oposta ao Administrador, referindo que esta instituição sempre foi uma bandeira de inovação. Recordou alguns exemplos, dizendo:

“Segundo sei nos anos 50 foi a primeira instituição privada a ter um aparelho de RX tirando os hospitais centrais de Lisboa e Porto. Nas duas décadas passadas fomos das primeiras instituições privadas a ter uma TAC e uma ressonância magnética. Agora temos uma máquina de RX que resulta de um investimento enorme que quando veio para Portugal era a única que trabalhava com determinadas características. Ainda, no processo digital clínico que estamos a fazer também não deve haver muitos hospitais a atingir este nível onde nós estamos a querer chegar.”.

O Director recordou, ainda, que em termos de informática, e se hoje a *wireless* é uma “coisa” que está desenvolvida, esta instituição já adoptava essa tecnologia em 1997, altura em que quase ninguém a conhecia. Portanto, nessa perspectiva o Director afirma que o Hospital Privado tenta inovar dentro, obviamente, das competências e das possibilidades do orçamento.

Em relação ao tipo de atitudes inovadoras que considerava puderem terem sido adoptadas recentemente, a opinião do director estranhamente contrastou com o que tinha mencionada anteriormente, admitindo que a instituição, ainda que almejando a

inovação, é também conservadora, abordando as vantagens da implementação de novas tecnologias apenas já na fase da maturidade:

“Tentamos estar sempre a par das inovações, mas não as adoptamos logo. Nós aqui neste sector também temos que ser conservadores. No fundo qualquer informático deve estar a tirar partido da inovação que as novas tecnologias fornecem, mas por outro lado deve estar seguro e ter a certeza que os seus dados são bem tratados e estão disponíveis quando são necessários. Se bem que hoje em dia aquela febre de ter a última versão disto ou daquilo, nós não vamos logo atrás disso, fazemos sempre o trabalho de casa e só adaptamos novas tecnologias com alguma maturidade.”.

Em seguida, o director foi questionado se era de opinião que a tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderia, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, tendo demonstrado ser adepto de permitir oferecer novas tecnologias, funcionando esta situação até como incentivo, notando que:

“Tento ver isso nessa vertente, *i.e.* permitir às pessoas que estão a trabalhar com determinada tecnologia que estão a trabalhar com uma tecnologia que não está disponível para qualquer pessoa, portanto é um investimento da instituição em disponibilizar às pessoas ferramentas que são actuais e que têm a virtude de fazerem algo que as outras pessoas não fazem. Portanto isso até funciona como um incentivo.”.

Quanto à sua opinião relativa ao considerar que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, demonstrou algumas hesitações acerca do assunto. Porém admitiu que teoricamente acha que sim, mas como não existe essa política na instituição ou pelo menos como não está definida, refere não ter certezas sobre o assunto.

Por último, quando questionado se considera que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, referiu:

“Posso afirmar que não tendo isso implementado com a formalidade que gostaria diria que sim. Qualquer pessoa que receba formação e ser for bem direccionada resulta sempre em ganhos organizacionais. Esta política existe, mas não nos níveis que gostava. Em relação às repercussões em termos de resultados diria que haverá sempre. Por exemplo, no nosso caso, se tivermos pessoas que saibam trabalhar com determinadas ferramentas, se colocar essas ferramentas ao serviço das pessoas e depois as pessoas não sabem trabalhar com elas significa que estou a investir numa coisa que não vai ser útil. Portanto, as pessoas têm que saber que são disponibilizadas ferramentas recentes, modernas e a pessoa também terá que ter formação adequada para tirar partido delas, não serem meras máquinas.”.

Por último, e num ambiente de entrevista descontraído, *off the record*, a investigadora para dar por terminada a entrevista perguntou ao director na escala de 1 a 7 como classificaria o Hospital Privado em termos de inovação, ao qual ele respondeu genericamente, sem querer quantificar que considera a instituição mais inovadora, enfatizando a uma vantagem em relação às grandes organizações, uma vez que as medidas, como não existem muitos níveis de hierarquia, a qualquer momento a administração pode rapidamente tomar decisões. O Director, ainda em relação a esta matéria argumentou:

“Portanto, por via das variáveis que temos que analisar dado que estão sempre a mudar, somos obrigados a fazer isso, e por outro lado, se virmos uma oportunidade, rapidamente nos adaptamos, não ficamos parados à espera que a estrutura se mexa nesse sentido. Concluimos que somos uma instituição dinâmica, o que é um factor de sucesso hoje em dia. Temos crescido em termos de quadro de pessoal e isso é um factor positivo. E agora temos também o condomínio residencial que também serve como garantia de idoneidade e longevidade e muito sentido de responsabilidade humano, porque somos formados por pessoas, para as pessoas. É evidente que vai mudando com a administração que vai

passando que pode ter uma visão mais liberal ou mutualista e portanto penso que esses ciclos se vão adaptando em função das circunstâncias.”.

A Enfermeira Chefe considera que o hospital se preocupa em adoptar atitudes inovadoras, referindo-se ao processo de informatização do hospital e a aquisição de materiais recentes, como exemplos. Quanto a se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderia, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, atestou afirmativamente que sim. A enfermeira considera, ainda, que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, não só através do financiamento, mas principalmente através de reconhecimento.

Considerou, também, que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderá resultar na obtenção de resultados organizacionais:

“Sim, sem dúvida. Existe uma política de compensação pela formação dos recursos humanos, não através de bónus mas, por exemplo, compensação de tempo. Em termos práticos a influencia desta acção pode ficar um pouco diluída, mas acaba por se reflectir em termos de qualidade da prestação dos serviços.”.

Quanto à Chefe do Serviço de Radiologia, começou por pronunciar-se positivamente quando questionada acerca da preocupação com a adopção de atitudes inovadoras pelo hospital:

“Penso que sim. Eles tentaram e tentam, mas lá está a parte financeira muitas das vezes não permite que isso aconteça. Mas por exemplo, em termos de radiologia foi um grande investimento por parte da clínica e foi uma inovação.”.

Quanto à existência de tal atitude inovadora poder justificar a adopção de políticas de incentivos e se pode, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, manteve a tónica afirmativa:

“Sim, claro que pode. Mas não tenho conhecimento que isso exista cá. Eu acho que eles se preocupam com isso, mas ainda não conseguiram estabelecer um plano de formação para as pessoas que trabalham, no geral. A parte de enfermagem poderá ter formação, mas eu também não tenho conhecimento. Acho que eles se preocupam, mas ainda não conseguiram que esse plano fosse para a frente e acho que isso é muito importante, as pessoas estarem constantemente a par da evolução, não só sobre formação específica sobre a área de radiologia, mas em termos de relação com os utentes. Acho que isso era importante.”.

Também foi de opinião que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, dizendo que até acha que iria beneficiar.

Por último, a coordenadora considerou que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, referindo:

“Penso que sim. Acho que pelo menos a parte mais jovem que fez a sua formação há pouco tempo está aberta a esse tipo formação contínua, nem que seja uma ou duas anuais. Portanto acho que as pessoas estão receptivas a essa formação.”.

Mais uma vez, a investigadora colocou uma questão que não constava no guião de entrevista e perguntou como a coordenadora do serviço de radiologia classificava em termos de inovação na escala de 1 a 7 esta instituição, a qual respondeu:

“Eu acho que é conservadora nuns aspectos e inovadora noutros. Talvez um 5. É mais conservadora talvez na parte do tratamento com os utentes penso que esta parte podia ser mais inovadora, haver mais formação, porque nesta parte, como são pessoas mais antigas e como o tempo evolui, as coisas evoluem e a forma de se saber lidar com as pessoas é muito importante. Mas isto é válido para toda a gente, desde a pessoa que está mais em cima até à pessoa que está na base da pirâmide.”.

Referindo-se mais especificamente aos aspectos inovadores, adicionou:

“A parte mais inovadora será talvez um projecto novo, fazia toda a diferença aqui, porque nós vimos por exemplo, nos hospitais novos que abrem em Lisboa, privados ou não, as pessoas gostam de ir a uma instituição que seja inovadora e que esteja numas condições com bom aspecto ‘os olhos também comem’. As pessoas sabem que são bem tratadas aqui e que são bem atendidas, gostam de vir cá, saem satisfeitas, se bem que é impossível agradar a toda a gente. Nós temos a clínica e o hospital e agora com estas alterações temos um maior fluxo de utentes no hospital. Se a clínica também aumentasse as suas dimensões, penso que também seria uma mais-valia, portanto, não só a beleza exterior como também os próprios serviços.”.

Concluindo, referindo-se à oportunidade possivelmente gerada pelos desenvolvimentos no sector público hospitalar devido ao aumento das taxas moderadoras que podem constituir uma oportunidade para o sector privado. Explicou, ainda:

“mas há sempre aquela preocupação: então vamo-nos meter num projecto novo e continuamos com os mesmos números, será que um projecto novo (esta é a grande questão) nos vai trazer retorno? Penso que não seria fácil virem novas pessoas que nos ajudassem na parte financeira, mas acho que conseguíamos ter investidores para conseguir lançar o projecto, mas é sempre incerto e como tal um risco.”.

Finalmente, a opinião do Médico em relação à preocupação da instituição em adoptar atitudes inovadoras, também se revelou afirmativa referindo que por exemplo em termo de informatização já se está a trabalhar há 2 anos. O Médico, evocou a preocupação da instituição com a inovação afirmando que existe um constante interesse e cuidado em acompanhar as novas tendências e em utilizar as técnicas actuais nas várias áreas, desde que não seja muito oneroso, como é o exemplo da informatização dos processos clínicos.

Em relação à atitude inovadora poder justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderá, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, o médico também se pronunciou positivamente, afirmando até que:

“os incentivos é fazermos sempre melhor do que estávamos a fazer, são incentivos morais.”.

Quanto à tónica da existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poder resultar na obtenção de resultados organizacionais, também se referiu afirmativamente ser fundamental. Reforçou, que deve haver áreas de formação permanente e que existe essa preocupação por parte da direcção. Na escala de 1 a 7, ao nível de inovação da instituição o médico considerou a organização moderadamente inovadora, atribuindo um 4 a 5, dizendo que a instituição está disposta a inovar, porém actualmente está condicionada pelas dificuldades económicas.

Em suma, trata-se de uma organização que, ainda que sujeita a limitações diversas, procura fazer o possível por acompanhar os desenvolvimentos no sector, mantendo uma atitude moderadamente inovadora, mas também simultaneamente prudente, algo conservadora, contando com uma longa experiência no sector, que é também uma prova da capacidade de adaptação da organização.

7.5. Comentários finais

Neste capítulo, em que se iniciou a etapa da análise dos estudos de caso em organizações hospitalares portuguesas, a investigação conheceu uma metamorfose, na medida em que se passou de uma abordagem quantitativa para qualitativa. Na verdade, mais do que a passagem de uma crisálida a borboleta, trata-se de uma evolução de um para outro estágio da investigação seu complementar, na medida em que o estudo qualitativo permite aprofundar diversas questões que já haviam sido levantadas no estudo empírico quantitativo. Complementar, mas também aberto à exploração de novas fronteiras, porquanto pela adopção do *framework* de Ferreira e Otley (2009) se permitiram não apenas aprofundar alguns aspectos já abordados, como expandir as dimensões de análise, adicionando novos tópicos de investigação.

Por uma questão de organização e razoabilidade de dimensão, este capítulo inclui apenas o estudo de caso conduzido na organização hospitalar privada. Antes

ainda do início do estudo propriamente dito, introduziu-se uma secção onde se explanaram os contributos de uma inquirição preliminar, conduzida antes ainda da realização dos estudos de caso. Este “mini-estudo de caso” permitiu uma primeira abordagem *in loco*, dado ter sido conduzida no seio de um hospital, aprofundando assim o conhecimento da investigadora no terreno, maturando o conhecimento na área, e preparando melhor a condução dos estudos de caso, etapa que seria realizada posteriormente. Deste modo, esta inquirição preliminar não só providenciou orientações metodológicas, bem como auxiliou na definição de outros tópicos com potencial de interesse para investigação nos estudos de caso. Conforme as metáforas utilizadas no início da introdução e da conclusão deste capítulo, recorrendo à geografia e à entomologia, poder-se-ia afirmar que este estudo preliminar seria como a borboleta que, enquanto insecto que continuou a crescer, saiu da margem e atravessou o curso de água, estabelecendo assim uma ponte entre o estudo quantitativo e o qualitativo.

Estabelecida a ligação, passou-se à definição da metodologia de análise dos estudos de caso, centrada nas doze dimensões do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), devidamente ajustada aos propósitos desta tese. Optou-se pela exploração da dicotomia privado *versus* público, não apenas por ser uma temática primordial na actualidade, mas também na sequência dos resultados obtidos no estudo quantitativo. Deste modo foram seleccionadas para os estudos de caso duas organizações hospitalares, uma privada, cuja análise se apresenta neste capítulo, e outra pública, cuja discussão versará o capítulo seguinte, o penúltimo da tese.

Concluída a descrição da organização hospitalar privada, bem como dos respectivos participantes no estudo de caso, seguiu-se a análise, organizada em função das doze dimensões de referência propostas por Ferreira e Otley (2009), cujas principais conclusões se sintetizam em seguida, antes da discussão global e comparada dos resultados dos dois estudos de caso, que se realiza no final do capítulo seguinte.

Em relação à primeira dimensão, existe definição formal do conceito de visão e missão, bem como divulgação na página *web* do hospital. Tal como em relação aos objectivos, existe conhecimento no seio da instituição, embora a transmissão seja do tipo informal.

No tocante aos factores-chave para o sucesso, apesar da variedade e quantidade de evidência obtida, tendo-se até recolhido diversas preocupações de algum interesse, fica, contudo, registado o facto de haver informações e preocupações manifestadas que sugerem contradições diversas. Deste modo não se pode afirmar que os factores chave de sucesso estão claramente definidos na organização, ou pelo menos que foram claramente comunicados aos colaboradores.

A partir da dimensão anterior, o curso da investigação divide-se em dois: estrutura organizacional e estratégias e planos. Quanto à estrutura organizacional, ela foi definida como “achatada”, com baixa clivagem hierárquica, *i.e.* horizontal. A estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, *i.e.* a estrutura organizacional influencia e terá sido influenciada pelo próprio processo de gestão estratégico, sendo os próprios requisitos da gestão que acabam por definir a hierarquia. Relativamente à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluem tanto aspectos de RMP como CMP, ou seja, incluem tanto a mensuração de desempenho clínico como da gestão, foi mencionada a importância de ambas. Esta sugestão reforça a construção teórica realizada anteriormente nesta tese, que provou ser de interesse tanto para o estudo quantitativo, como qualitativo.

Em relação à ligação da estrutura com a estratégia organizacional, dimensão que se examina em seguida, este estudo de caso permitiu perceber que as preocupações estratégicas são mais de médio e, sobretudo, de curto prazo, tratando-se por isso de questões mais do foro operacional do que propriamente estratégico. Deste modo, sugere-se que as estratégias não parecem estar muito bem definidas no Hospital Privado, ou que pelo menos parecem ser demasiado vagas a longo prazo.

A estrutura organizacional e as estratégias e planos, para além de interagirem entre si, desaguam na dimensão seguinte: as medidas-chave de desempenho organizacional. Quanto a esta dimensão, existe a limitação de a avaliação de desempenho ser essencialmente informal, não estando implementada, de modo compreensivo, a toda a escala na organização. Apenas existe o reconhecimento da produção realizada, contudo, tal avaliação parece ser realizada de modo discricionário, o que também é justificado pela própria natureza do serviço de prestação de cuidados de saúde. Efectivamente, foi referida a dificuldade em instituir sistemas de avaliação de

desempenho com indicadores objectivos para a generalidade dos colaboradores. Os indicadores são subjectivos, incluindo a atenção ao utente, o nível de interacção, ou a qualidade do serviço.

A sexta dimensão consiste na definição de metas. Tal como na dimensão anterior, a análise da dimensão anterior está condicionada pela avaliação de desempenho. Sem prejuízo de tal facto, foi possível apurar que as metas são definidas pela administração, embora não sejam do conhecimento geral dos colaboradores, parecendo existir algumas lacunas na sua transmissão. Ainda que sejam consideradas fáceis de alcançar, reconhece-se que eram mais facilmente atingíveis no passado. Existem poucas metas em termos de produção, parecendo ser discricionárias. São fixadas metas de realização de consultas, urgências e de taxa de ocupação de camas, por sua vez as metas relacionadas com as cirurgias são definidas pela actividade exterior. É dada pouca ênfase às metas relacionadas com os custos e com o controlo de gastos. Os responsáveis técnicos (*e.g.* enfermeira-chefe) têm conhecimento das metas e contam com um plano de acção.

Mais concretamente à avaliação de desempenho, apesar de não existir um sistema formal de avaliação, existe, contudo, a percepção da existência de alguns mecanismos de avaliação e controlo, ainda que ténues, não extensivos a todos os níveis da organização e com poucos efeitos práticos a nível de recompensa.

Na sequência do que foi sendo referido, é sem surpresa que se constata que os sistemas de recompensa existentes no Hospital Privado são muito limitados. Contudo, do que foi inquirido, é possível concluir quanto à sua existência, ainda que por vezes se confundam mais com benefícios, tipo *fringe benefits*, tais como seguros de saúde, ou apoios à formação. Por outro lado, quanto aos “prémios financeiros”, de “produtividade” ou “por mérito”, ainda que mencionados como atribuídos em “função das metas que se atingem e do seu empenhamento”, parecem enfermar de total discricionariedade e também de não serem aplicáveis a toda a estrutura de colaboradores, disposta na referida “hierarquia horizontal”, o que parece resultar num certo desconforto quanto à sua possível assimetria.

Efectivamente, a existência de sistemas de recompensa, na verdadeira acepção do conceito, parece ser muito limitada e possível a apenas alguns quadros da instituição,

o que mereceu a crítica de alguns colaboradores, que aludiram à vantagem da instituição em instituir bónus de desempenho para premiar o mérito, alargados à globalidade da instituição. Quanto a possíveis penalizações elas parecem não existir, dada a pouca importância manifestada em relação a esta vertente pelos entrevistados neste estudo de caso.

No que diz respeito à nona dimensão, apesar de se ter verificado a existência de diversos fluxos e sistemas de informação, fica a percepção de que não são muito extensos, e que, simultaneamente, existe um certo subaproveitamento dos mesmos. Na verdade, os colaboradores parecem reclamar mais informação. Fica em aberto a questão de se saber até que ponto a informalidade da transmissão da informação ser mais conveniente aos responsáveis na organização do que aos colaboradores subordinados.

Na antepenúltima dimensão, referente à utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, apurou-se a existência e utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. A sua utilização parece ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995). A interpretação pelos colaboradores que os utilizam parece ser limitada, bem como o seu possível contributo para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, dificultando a capacidade de contribuir para o teste da segunda questão de investigação desta tese. Finalmente, a diferenciação das utilizações da informação e controlos em níveis hierárquicos diferentes, parece ser inexistente, ou, a existir, tal clivagem sugere imperceptível.

A penúltima dimensão, mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, parece assumir-se como problemática, não só pelas exigências inerentes à mudança, mas também devido à susceptibilidade de poder gerar naturais resistências, parecendo que existe sobretudo uma atitude de reactividade quanto ao acompanhamento das mudanças ocorridas na envolvente, ainda que tenha sido manifestada bastante preocupação com o respectivo acompanhamento. Em síntese, não foi possível retirar ilações significativas em relação às mudanças nos sistemas de gestão e mensuração do desempenho.

Finalmente, conclui-se com a dimensão da coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho. Ainda que sujeita a limitações diversas, a organização parece procurar fazer o possível por acompanhar os desenvolvimentos no sector, mantendo uma atitude moderadamente inovadora, mas também simultaneamente prudente, algo conservadora, contando com uma longa experiência no sector, que é também uma prova da capacidade de adaptação da organização.

Em termos de síntese global do estudo de caso no Hospital Privado, constata-se que a aplicação do *framework* de Ferreira e Otley (2009) está bastante condicionada pela inexistência de um sistema mais desenvolvido de avaliação e recompensa do desempenho, limitando assim a análise de uma série de outras dimensões, tais como a definição de metas e os sistemas de gestão/mensuração do desempenho. De facto, os PMSs são muito limitados na organização. Apesar desta condicionante, o estudo de caso no Hospital Privado possibilitou corroborar e esclarecer diversos aspectos que já decorriam do estudo quantitativo, bem como adicionou novas dimensões de pesquisa, tal como proposto inicialmente, permitindo assim aprofundar o nível de análise das organizações hospitalares em Portugal, conforme se continuará a discutir nos capítulos seguintes.

Capítulo VIII: Estudos de Caso em Organizações Hospitalares: O Caso de um Hospital Público e Discussão dos Resultados

8.1. Introdução

Após apresentação, no capítulo anterior, da metodologia empregue para a examinação dos estudos de caso, bem como realizado o desenvolvimento do estudo de caso da organização hospitalar privada, neste capítulo apresenta-se, em complementaridade, a evidência obtida e as conclusões retiradas a partir do estudo de caso realizado numa organização hospitalar pública, bem como a discussão global dos resultados obtidos para o Hospital Público, comparados com o Hospital Privado, no âmbito do interesse da dicotomia de análise, referida por diversas vezes ao longo desta tese.

Em resumo, neste capítulo, após se proceder à contextualização do Hospital Público, bem como à caracterização dos respectivos participantes no estudo de caso, apresenta-se evidência diversa correspondente às doze dimensões contempladas pelo enquadramento adoptado nesta tese para a análise dos estudos de caso.

Finalmente, procede-se ao tratamento agregado e sintético da evidência e conclusões, tanto para a organização hospitalar pública, como para a privada, realizando-se em seguida a discussão global e dicotómica dos resultados obtidos nos estudos de caso, precedendo o capítulo final da tese, em que se apresentam as conclusões compreensivas da tese.

8.2. Um estudo de caso numa organização hospitalar pública

8.2.1. Descrição da organização e participantes no estudo de caso

Tal como no estudo de caso relativo ao Hospital Privado, a investigadora não disponibiliza publicamente informação detalhada acerca da organização hospitalar pública que possa comprometer a confidencialidade acordada previamente com os inquiridos que anuíram colaborar no correspondente estudo de caso.

Pode-se mencionar que o Hospital Público é uma unidade hospitalar que entrou em funcionamento na década de 90, e actualmente abrange uma população da ordem dos 400.000 habitantes na zona centro de Portugal. Enquanto unidade hospitalar de referência, desenvolve a sua actividade assistencial em internamento, dispondo em média de 450 camas, tendo sido transformado, de acordo com o Decreto - Lei nº233/2005, em Entidade Pública Empresarial. Esta organização hospitalar abrange várias valências, designadamente, Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Estomatologia, Medicina Física e Reabilitação, Gastrenterologia, Ginecologia, Hematologia, Radiologia, Imuno-Hemoterapia, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pedopsiquiatria, Pneumologia, Psiquiatria, Unidade de Hemodinâmica e *Pacing* Cardíaco, Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e serviço de Urologia.

O Hospital Público tem promovido a igualdade dos sexos, tanto na contratação dos recursos humanos, como nas políticas remuneratórias. De referir também que a organização em causa tem vindo a colaborar activamente com várias instituições de ensino superior, na realização de estágios de enfermagem, farmácia, serviço social, informática, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros, para além de ter vindo a receber um número significativo de médicos para frequência do ano comum ou para o internato de especialidade.

O Hospital Público tem em curso um processo de acreditação global, no âmbito do qual têm vindo a ser adoptadas múltiplas políticas e procedimentos que visam a melhoria da qualidade e da segurança ao nível das estruturas e dos recursos, dos processos e dos resultados em todos os domínios da actividade da organização. O hospital dispõe de um Código de Ética aprovado e em vigor, que visa o reforço da afirmação interna de um conjunto de valores, princípios, deveres e normas de conduta a observar por todos os colaboradores, em particular no relacionamento com os doentes.

Todos os grupos profissionais são obrigados ao respeito pelos deveres de confidencialidade, sigilo profissional e lealdade, devendo ainda respeitar as normas de deontologia profissional previstas para os respectivos grupos. Similarmente, também a

investigadora se comprometeu a subscrever estes deveres em relação à organização, no âmbito da realização deste estudo de caso.

Relativamente aos participantes no estudo de caso do Hospital Público, e aos respectivos perfis, foram obtidos cinco contributos: de dois membros da administração e de três profissionais da organização, tratando-se de uma enfermeira e de duas médicas, sendo que apenas uma destas é especialista.

Mais especificamente, foram entrevistados no Hospital Público: um vogal executivo em funções há um ano, porém, desde 2005, a exercer funções de Administrador Executivo, e que será referido nesta tese como Administrador. Trata-se de um licenciado em Direito e pós-graduado em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública. A entrevista com o Administrador teve a duração de 1 hora e 7 minutos. Quanto ao outro membro da administração, trata-se do Director Financeiro, colaborador no hospital há mais de 29 anos, licenciado em Economia e docente numa Escola Superior de Saúde, na qual lecciona diversas unidades curriculares, nomeadamente Gestão em Saúde. A entrevista com o Director Financeiro durou cerca de 3 horas.

Os restantes entrevistados, que não exercem funções de administração, incluem: uma Enfermeira, que é naturalmente licenciada em enfermagem e que desempenha funções no hospital há mais de 25 anos e que nunca trabalhou no sector privado, a sua entrevista durou 55 minutos; uma Médica Especialista em cirurgia que trabalha na instituição há mais de 20 anos, cuja entrevista teve uma duração de 44 minutos; e uma outra Médica, mas de clínica geral, a que se referirá aqui simplesmente como Médica, e que exerce funções neste hospital há cerca de um ano, sendo de ressaltar que esta, quando terminar o seu contrato, irá previsivelmente trabalhar para um hospital na Alemanha, em Berlim, onde lhe são oferecidas condições remuneratórias substancialmente melhores, nomeadamente um acréscimo salarial quatro a cinco vezes superior ao actualmente usufruído em Portugal. A entrevista com esta médica teve uma duração de 1 hora e 5 minutos.

8.2.2. Missão, visão e objectivos

De modo a contextualizar e a corroborar as respostas obtidas pelas entrevistas com a missão “oficial”, que é institucionalmente assumida e divulgada, consultou-se previamente a página oficial do Hospital Público na *internet*, onde se pode constatar que o hospital tem por missão “prestar cuidados de saúde diferenciados”, em articulação com os “cuidados de saúde primários” e com os “demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS)”. Faz igualmente parte da sua missão “assegurar” condições de “investigação e de formação profissional aos respectivos colaboradores”.

Quanto à visão, e ainda de acordo com a página oficial na *internet* do hospital, não se encontra disponível, sendo apenas apresentados *online* os valores perseguidos pela organização. Contudo, tal lacuna aparece colmatada por outros documentos oficiais, em que se detalha tal informação institucional, tais como, por exemplo, o Relatório e Contas de 2010, ou o Plano de Actividades e Orçamento do ano 2011. Adicionalmente, tal informação também foi complementada, como se descreve em seguida.

Em relação à missão, para além do enfoque na investigação e na formação, complementa-se com algo que parece essencial, mas que está omissa na página da *internet*, que é a preocupação com a prestação de serviços à população.¹⁹ Fica claro nestes documentos oficiais, que faz também parte da missão da instituição contribuir para a prevenção e melhoria da saúde da “comunidade em geral”.

No que respeita à visão, ela aparece definida na sequência da definição da própria missão, *i.e.*, numa relação de complementaridade (Relatório e Contas, 2010), sendo referido explicitamente que a “consecução” da missão é “orientada por uma visão”. Mais especificamente, em relação à “visão” é referido que está focada no “desejo e empenhamento” visando “construir um hospital de referência”, do ponto de vista da “qualidade dos cuidados de saúde prestados”, e com a preocupação em obter o “reconhecimento da comunidade”, de modo a granjear uma “elevada satisfação dos

¹⁹ A missão, na sua forma primária, dita “essencial”, também foi reformulada de modo a contemplar os cuidados continuados. Conforme constante nos documentos oficiais do Hospital Público, nomeadamente no Relatório e Contas (2010) e no Plano de Actividades e Orçamento (2011), verifica-se que a coerência se mantém, ao se encontrarem menções referentes à missão, explicitando ser “essencial prestar cuidados de saúde diferenciados”, também “em articulação com os cuidados de saúde primários e com a rede de cuidados continuados integrados”, assim como com os restantes “hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde.”.

doentes e profissionais”, circundada por “altos padrões”, tanto de “eficiência”, como de “eficácia”, no tocante à “utilização dos recursos disponíveis”.

Subordinada à missão, a organização também adicionou um conjunto de valores que devem orientar o funcionamento do Hospital Público. Esta preocupação é muito interessante, tal como já discutido anteriormente para o Hospital Privado, e reflecte novamente a natureza específica do sector hospitalar, em que os valores intrínsecos da vida, os valores humanos, devem ocupar sempre um lugar de primazia. Em concreto, o Hospital Público elencou o seguinte “quadro de valores essenciais”: o “respeito pela dignidade humana”; o “primado do doente”; o “respeito pelos códigos de conduta” específicos para “cada grupo profissional”, no âmbito “da prestação de cuidados em equipa”; a procura pela “qualidade” e “eficiência” no decorrer do “desenvolvimento da actividade”; prosseguindo também com o desenvolvimento de uma “cultura de dedicação e empenhamento”, complementada pelo “conhecimento científico e técnico”.

Em relação à confrontação dos conceitos institucionais, portanto “oficiais”, com a percepção e domínio dos mesmos pelos membros da administração e colaboradores, o Administrador, quando inquirido quanto à missão e visão do Hospital Público, começou por esboçar o enquadramento da região, quer em termos populacionais quer económicos, realçando a sua importância a nível nacional, evidenciando a relação existente entre a saúde e a economia. Depois, o Administrador referiu-se à visão, dizendo:

“Pretendemos que seja um centro hospitalar ou, neste caso, um conjunto de centros hospitalares de referência que presta cuidados de saúde diferenciados a esta população, que é uma população relativamente extensa.”.

O Administrador, especificou ainda:

“Em algumas especialidades a população aproxima-se dos cerca de 400 mil utentes divididos entre estes dois pólos {X e Y}. Embora {Y} seja uma unidade relativamente pequena, aquilo que perspectivamos é que venhamos a ter um hospital à medida das necessidades e adequado a prestar tendencialmente todos os cuidados de saúde aos habitantes desta

região que pretendam cuidados de qualidade, e cuidados em quantidade, portanto, adequados à procura desta região.”²⁰.

O Administrador continuou a realçar a produtividade da região e, relativamente à visão, complementou que a região que integra o hospital, é merecedora de cuidados de saúde de qualidade, tratando-se de um “sector essencial” para a população.

O Administrador lembrou as conhecidas e óbvias relações existentes entre economia e saúde, fazendo crer que uma população que não tenha bons indicadores e boas respostas em termos de saúde não pode economicamente ser uma população e uma região próspera e produtiva. Por fim, voltou a evocar a importante ligação entre a qualidade dos serviços de saúde com a importância da região, visto tratar-se de um dos distritos mais desenvolvidos em termos económicos e empresariais de Portugal.

Já em termos de missão, o Administrador fez questão de mencionar a parte interna do hospital e a sua articulação com os restantes hospitais que fazem parte do SNS, bem como os princípios da eficiência e da eficácia, referindo que a missão deste hospital é a prestação de “cuidados de saúde diferenciados” e de “qualidade” para “todos os utentes” que o utilizem em “articulação com os cuidados de saúde primários”, bem como com as restantes organizações hospitalares “integrados na rede do SNS”. Ressaltou que, naturalmente, se devem utilizar de forma adequada todos os recursos humanos e materiais de que a organização dispõe, dentro ou enquadrado em determinados princípios recomendados, nomeadamente de eficácia e de eficiência.

O membro da administração terminou a sua resposta referindo a importância da componente da investigação, mencionando que acessoriamente o Hospital Público também tem criado condições e desenvolvido algumas actividades de investigação, nomeadamente, no que respeita à formação dos profissionais, de modo a que o seu trabalho seja cada vez melhor, em prol dos utentes que, no fundo, são a razão da existência do hospital.

A investigadora, nesta fase, tendo algum conhecimento do ambiente regional que integra o Hospital Público, questionou qual o “segredo” para as poucas críticas que

²⁰ Entre {chavetas} informação sonogada devido a questões de confidencialidade, procedimento que se repetirá ao longo da análise dos estudos de caso, ou seja, neste capítulo da tese e no seguinte.

lhe são direccionadas. O Administrador, com um ar satisfeito, agradeceu o elogio e, logo de seguida, aludiu à importância dos últimos seis anos de trabalho, explicando:

“Posso-lhe dizer que realmente nos seis últimos anos, este hospital deu passos largos, digamos assim, não só na melhoria das condições de trabalho, porque isso obviamente que influencia o resultado, mas também na demonstração, abertura e informação ou na prestação de contas, se quisermos de uma forma muito genérica, à nossa população. Porque o que acontece muitas vezes é que fazemos muito bem o nosso trabalho, mas não evidenciamos isso, não mostramos isso. Realmente há aqui uma fronteira muito difícil, saber se estamos a mostrar o que fazemos ou se estamos a empolar um bocadinho ou se é *show off*, a nossa postura tem sido uma postura de seriedade.”.

O Administrador rematou a sua resposta, salientando também com o interesse de construção de uma boa imagem, fundada na qualidade da prestação de serviço, dizendo que na verdade tem sido feito um esforço muito importante, no sentido de melhorar a imagem que a população local tem do hospital, argumentando:

“Esse esforço é visível, mas é visível se realmente as pessoas precisarem de uma consulta e tiverem a tal consulta, se tiverem num internamento e forem atendidas com simpatia. É visível, se as pessoas realmente resolverem os seus problemas de saúde, se tiverem condições de conforto, se tiverem atendimento a tempo e horas, se tiverem unidades adequadas ao seu estado de saúde.”.

No seguimento da conversa e das informações prestadas pelo Administrador, a investigadora colocou uma nova questão, que também não constava no guião, relativa ao facto das pessoas da região reconhecerem os próprios nomes dos administradores e admitirem os esforços que têm sido feitos por parte da Administração. Mais uma vez, o membro da administração, confessou-se contente, e evocou a consciência do importante papel e do esforço no desempenho das suas funções, referindo:

“O hospital no seu todo faz um esforço muito grande para realmente fazermos bem o nosso trabalho. Penso que todos nós estamos plenamente

conscientes de qual é o nosso papel, porque se não o sabemos as coisas podem realmente correr mal.”,

tendo completado em seguida, explicitando que:

“O nosso papel é servir, quer queiramos quer não, esta é uma entidade que presta cuidados de saúde a cerca de 1000 utentes por cada dia útil. Ou seja, por cada dia útil, há 1000 pessoas que vêm aqui que precisam disto ou daquilo.”.

No entanto, o Administrador fez questão de referir, também, o papel indispensável do trabalho em equipa, mencionando que é importante ter a consciência de que se o hospital não funcionar como um todo, ou seja, em rede e em cascata, as coisas não vão correr bem, exemplificando que:

“Nós até podemos ter aqui o melhor médico do mundo, mas se a equipa dele não for boa, ou se os enfermeiros não colaborem, ou se as auxiliares não fizerem a parte delas, ou se os técnicos não cumprirem com a colaboração que cada um tem, esse melhor médico do mundo pode transformar-se facilmente num médico mediano.”.

Com o intuito de complementar ainda mais a sua resposta, o Administrador foi mais longe e exemplificou, também em termos da administração:

“Eu costumo dizer que isto ao nível da administração mais evidente é: nós podemos colocar aqui os melhores gestores do mundo, mas se realmente a cultura de gestão não for favorável para que haja um bom desempenho, esses melhores gestores do mundo não vão conseguir aqui o melhor desempenho do mundo.”.

Em relação à inquirição dos profissionais de saúde, começando pela Médica Especialista, a investigadora apercebeu-se que existiu alguma confusão com os conceitos de visão e missão, mesmo após inicialmente ter referido na entrevista que a visão corresponderia à imagem do futuro que se deseja criar e a missão ao propósito e razão para existir, equivalente a ‘quem somos e o que fazemos’. A Médica Especialista, apenas se referiu ao presente, afirmando que a missão se “resume a ajudar as pessoas

nos seus problemas de saúde, que necessitam de uma intervenção para além dos cuidados primários”. A investigadora facilmente percebeu que a preocupação da Médica Especialista era direccionada, quase exclusivamente, para as necessidades dos doentes, concluindo que a missão tem que ser sempre o “agora”. A Médica Especialista alertou que os problemas são graves, e quando se tem um doente num estado mau, não se pode adiar a tomada de decisão. Quanto à visão, a médica reconheceu o seu desconhecimento.

Por sua vez, a Médica, quando confrontada com qual a missão do Hospital Público, respondeu, sem qualquer hesitação, que é “prestar cuidados diferenciados”, articulando-os “com os outros prestadores de serviços do Serviço Nacional de Saúde”. Acrescentou que a missão deve ter em mente o melhor serviço ao doente e o maior respeito por ele, naquilo que se pode considerar também uma asserção aos valores que se devem ter em conta neste sector de actividade tão característico. Por último, também salientou que o Hospital Público tem em mente a educação e a investigação. Relativamente à visão assumiu, com algum constrangimento, que a desconhecia.

Por último, a Enfermeira corroborou a opinião das suas colegas e foi muito convicta na sua resposta, evidenciando a importância do foco no tratamento e nos cuidados de saúde das pessoas e afirmando que a missão do Hospital Público é “tratar pessoas”. Contudo, não tendo aprofundado mais esta questão, revelou assim um conhecimento algo limitado. Quanto à visão, a Enfermeira revelou alguma indecisão. No entanto, ainda deixou um contributo, ao acrescentar que:

“Fala-se que este hospital vai passar a ser um hospital central. Estamos a evoluir nesse sentido, já temos o serviço de cardiologia a funcionar muito bem, já fazemos exames que só se faziam noutras cidades. Estamos a remodelar o hospital todo, já há também algumas consultas de neurocirurgia. A tendência é que {Z} deixe de ser hospital central, porque como [a cidade] já tem os {Z}, então a ideia é que este aqui passe a hospital central juntamente com o de {Y} e {W}. A administração será comum a todos estes hospitais.”.

Ou seja, parece que a prossecução da visão poderá estar condicionada a ajustamentos estruturais, ainda não definidos, e cujo centro de decisão estará fora do foro de acção do

próprio hospital, estando previsivelmente centrado, ao invés, no âmbito da tomada de decisão ao nível da governação central.

Ainda em relação a esta primeira dimensão, a investigadora questionou todos os entrevistados quanto à forma como a informação é transmitida aos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores e, por último, questionou ainda como é que os mecanismos, os processos e as redes poderiam ser utilizados para comunicar informalmente os propósitos e os objectivos do hospital aos respectivos colaboradores.

Relativamente à forma como a missão e a visão são transmitidas aos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores, o Administrador mencionou de imediato a importância do grau de abertura e a sua consequente proximidade entre o conselho de administração e os restantes profissionais, afirmando existir transmissão. Explicitou, informando que o conselho de administração tem demonstrado não apenas abertura, procurando uma grande proximidade com os directores de serviço, existindo sempre disponibilidade para discutir os assuntos abertamente. O Administrador salientou não existirem barreiras de acesso, *i.e.* dificuldades de acesso à informação. Resumiu, com ar seguro, que o conselho de administração, enquanto protagonista do desenvolvimento da visão e da missão do hospital, está muito envolvido com todos os profissionais, destacando, ainda, a postura que se vive dia-a-dia na transmissão dessa informação, argumentando que:

“(…) nós no dia-a-dia transmitimos, aos nossos dirigentes intermédios e demais profissionais em geral, aquilo que realmente é a nossa razão de ser, aquilo que é a nossa cultura hospitalar, aquilo que nós entendemos que deve ser feito, portanto temos ao longo do ano *n* manifestações em que estes valores são passados.”.

O Administrador insistiu no reforço da proximidade entre o conselho de administração e os restantes colaboradores, exemplificando algumas condutas que demonstram essa importante ligação, explicando que:

“(…) a nossa gestão é (..) muito participada, muito próxima dos serviços. Temos reuniões trimestrais com todos os directores de serviços de forma individualizada e reuniões com periodicidade mensal, com eles, mas em

conjunto onde são transmitidas as linhas estratégicas, que entretanto nos vão também surgindo. Tentamos transmitir o ‘pulso da casa’, onde comunicamos as nossas preocupações, os nossos objectivos, onde avaliamos o que está a acontecer e o que não está a acontecer, onde discutimos os desvios quantitativos e qualitativos que cada um dos serviços tem firmado com o conselho de administração.”.

Tendo de seguida resumido, e reafirmado, o grande esforço de divulgação e de transmissão da informação, evocando agora o regulamento interno e a transmissão da informação no dia-a-dia:

“(…) há aqui uma grande interacção entre o conselho de administração e os vários serviços, e mais do que publicar na nossa página o regulamento interno, onde no primeiro artigo tem a missão, a visão e os valores do hospital, mais do que isso, penso que essa transmissão faz-se no dia-a-dia e no modo de funcionamento do conselho de administração com os vários profissionais e os vários serviços.”.

O Administrador também realçou a importância da aposta da formação, nomeadamente com a organização de vários congressos vocacionados para os serviços médicos, acrescentando que existem no hospital cinco ou seis manifestações anuais em que se juntam profissionais e onde se realizam jornadas e congressos muito específicos e vocacionados para alguns serviços e que são naturalmente oportunidades para a organização, fazendo também isto “parte da nossa missão”. Na opinião do entrevistado, também desta forma se consegue “facilmente contagiar e divulgar pelo hospital a nossa missão, os nossos valores e a nossa visão”.

Por último, a investigadora questionou o Administrador relativamente aos mecanismos, processos e redes que são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, tendo este referido que existem mecanismos de comunicação formais e outros de natureza mais informal. A título de exemplo, socorreu-se de um processo de acreditação em que o hospital está envolvido, estando já na sua recta final:

“Este processo de acreditação (...) tem sido óptimo para esse efeito. Nós todas as semanas temos reuniões temáticas abertas a todos os profissionais, que decorrem no auditório onde vamos discutir diversos assuntos, nomeadamente, a política racional de utilização do medicamento, ou a política de transporte do doente crítico, ou a política da colheita de sangue, ou a política do tratamento do doente infectado, ou a política dos antibióticos, etc. Portanto, isto também é uma forma de aproximação.”.

Por último, mencionou as vias informais em termos de mecanismos, processos e redes que são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital, referindo que a própria assistência a estas iniciativas por parte dos profissionais, podem ser consideradas vias informais de comunicação. Relativamente aos objectivos, o Administrador foi ainda mais minucioso, argumentando que:

“há uma via formal que tem a ver com a contratualização interna. Ou seja, o conselho de administração celebra com todos os directores de serviço de prestação de cuidados um acordo de contratualização onde são fixados os objectivos quantitativos e qualitativos que vão informar o desenvolvimento e cumprimento do ano. A sua soma resulta nos objectivos que o hospital tem e que contratualiza com o SNS. Portanto, nós temos mecanismos de avaliação e acompanhamento mensal dos directores de serviço.”,

acrescentando também que:

“A todo o momento, pelo menos uma vez por mês, nós estamos a discutir se a nossa missão está a correr bem, se os nossos objectivos estão a ser cumpridos ou não, onde é que há desvios, porque é que há desvios e como vamos resolver os desvios. Portanto, penso que deste ponto de vista formal há uma transmissão clara daquilo que são os valores e quais são necessários para o hospital.”.

Por sua vez, a Médica Especialista, relativamente à forma como são transmitidas a visão e a missão, afirmou que essa informação é transmitida via mecanismos internos do

hospital em que até se pode descrever os eventos indesejáveis sendo, nesse caso, obtida uma resposta. No entanto, no caso dela em particular e, devido às dificuldades existentes, nomeadamente em termos de tempo, opta por reportar directamente ao director clínico, salientando que este a “recebe e a escuta com a devida atenção”.

Quanto à questão relativa aos mecanismos, processos e redes que são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros, a Médica Especialista, que centrou muito as suas respostas nos próprios “doentes”, referiu que: “o objectivo é sempre tratar os doentes, utilizando o menor dinheiro possível, mas de modo eficaz.”. A Médica Especialista, por iniciativa própria, complementou a sua resposta, recorrendo a exemplos da sua vida prática, alertando para a existência de consciência e de sentido de responsabilidade, em termos de racionalização de custos, no âmbito dos objectivos organizacionais. Relativamente à mesma questão, a Médica, apesar de relembrar à investigadora o pouco tempo de trabalho que tinha no hospital, ainda acrescentou que:

“Acredito que sejam transmitidos aos responsáveis pela gestão, por exemplo aos directores de serviço, chefes de enfermagem, ou seja aos cargos de chefia. Porém aos restantes profissionais penso que não existe qualquer transmissão. No meu caso em particular, sei a missão porque pertenci a um grupo de trabalho empenhado na actualização e melhoramento do *site* do hospital em que a missão do hospital era fundamental”.

Quanto aos mecanismos, processos e redes que são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e metas do hospital aos respectivos membros, a Médica limitou-se a dizer que os desconhece totalmente.

Por último, a Enfermeira mencionou, pela primeira vez, um importante meio de divulgação de informação do hospital: a *intranet*, mesmo assumindo a sua consulta com pouca frequência. Quando confrontada com a forma como é que são transmitidas aos responsáveis pela gestão e funcionários, alegou que também estas são transmitidas pela *intranet*, assumindo novamente a pouca consulta da informação divulgada pelos profissionais em geral.

Quanto aos mecanismos, processos e redes que são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e metas do hospital aos respectivos colaboradores, esta mais uma vez apontou a *intranet* como importante veículo de transmissão de informação, argumentando que:

“Tudo o que se passa no hospital é divulgado através da *intranet*, as próprias circulares são enviadas pela administração. Tudo o que é informação sobre, por exemplo, tolerâncias, mudança de chefes de serviço, etc. é divulgado. Porém, quanto à divulgação dos objectivos estratégicos do hospital, eu não tenho a certeza se essa informação consta lá, porque também não sou das mais assíduas na sua consulta.”.

Em termos de evidência e conclusões genéricas para esta primeira dimensão de análise do estudo de caso para o Hospital Público, verificou-se que os conceitos de visão e missão estão institucionalmente definidos, estando publicamente divulgados na página *web* do hospital e/ou documentos oficiais e públicos, tais como relatórios e contas ou planos de actividades e orçamentos, não existindo, porém, um conhecimento aprofundado por parte dos profissionais de saúde. Quanto aos objectivos, existe conhecimento no seio da instituição, embora a sua transmissão seja mais do tipo informal. Contudo, é de ressaltar que existem mecanismos de transmissão dos propósitos organizacionais, tanto ao nível informal, como formal, como é o caso de um importante veículo de divulgação de informação, a *intranet*, embora pareça que o grau de consulta por parte dos profissionais possa ser algo limitado.

8.2.3. Factores-chave para o sucesso

Outra das dimensões estudadas dizem respeito aos factores-chave para o sucesso global futuro do hospital, bem como a forma como são transmitidos aos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores. O Administrador relativamente a esta questão, argumentou com convicção que o que está na sua base é: “muito trabalho, muito bom senso, muita dedicação, muita motivação e muita procura de consensos”. Justificou, dizendo que se deve alicerçar, sempre, muito bem as decisões, as metas, os padrões e os

planos e que se deve procurar sempre uma base de sustentação que seja consensual. Enfatizou a importância do “acordo” e de se conseguir demonstrar que realmente existem condições para fazer o que se pretende. Destacou, conjuntamente, a importância do trabalho dos gestores, dizendo:

“Cabe-nos a nós gestores saber um pouco de tudo, os processos, saber se há outros caminhos diferentes daqueles que realmente possam parecer o melhor caminho. Para obtermos consensos somos obrigados a trabalhar muito, a estudar muito e a encontrar fundamentos válidos para contrariar as respostas negativas que se possa encontrar.”.

Por último, o Administrador sintetizou a sua resposta explicando que são cinco os factores críticos para o sucesso global futuro do hospital: muito conhecimento, muito bom senso, muita luta pelos consensos e muita motivação e trabalho. Mencionou, ainda, o esforço dos profissionais do hospital, e em jeito de desabafo, referiu que muita gente chega a “trabalhar 12 horas por dia”, e que por vezes as pessoas no exterior “não têm essa noção”. O Administrador, continuou a desenvolver o seu raciocínio, quase que desabafando novamente:

“Muita gente pensa que só queremos altas almoçadas e assinar uns papéis, nada de mais errado. Nós temos que liderar o processo, se nós não liderarmos o processo não conseguimos avançar correctamente. Se deixarmos de acompanhar as várias situações, as coisas tendem a procurar a linha de inversão de tendências (...). É um trabalho absolutamente esgotante, mas sem isso nós não conseguimos avançar.”.

Relativamente à forma como os factores-chave são transmitidos aos responsáveis pela gestão e restantes profissionais, o Administrador referiu que os funcionários os sabem, uma vez que são sempre consensualizados por ambas as partes. Terminou a sua resposta trazendo à colação exemplos reais, no próprio Hospital Público, tais como:

“Nós neste momento já temos mais de 100 chefias intermédias, porque temos muitos serviços, há um director clínico, um director médico, um director de enfermagem, a chefia dos técnicos, enfim temos aqui uma estrutura bastante complexa. Agora, se nós consensualizarmos com o

director de serviço, mas se ele não conseguir consensualizar com a sua equipa, então não basta dizer que ‘vamos fazer isto ou aquilo’. Nós temos que funcionar em cascata e a cascata é desde o presidente do conselho de administração até ao trabalhador menos diferenciado de ponto de vista técnico em cada uma das unidades de serviço. Ou realmente esta informação e esta cultura vai até ao nível zero, ou então chega a uma altura que se corta a corrente”.

Quanto à Médica Especialista, quando confrontada com esta questão, referiu prontamente a falta de organização, argumentando:

“Posso não ser muito correcta na minha auto-avaliação, mas noto que há muita falta de organização no dia-a-dia e alguma falta de justiça. Pois se nós não fizermos uma coisa boa, por vezes temos que dizer que ela é boa para que realmente venha a ficar boa. Às vezes falta alguma disponibilidade para encarar as situações reais. Perante todas as medidas que se tomam é muito importante esclarecer a população.”.

Relativamente à forma como os factores-chave são transmitidos aos responsáveis pela gestão e vários funcionários, a Médica Especialista, mais uma vez falou da falta de organização, argumentando que a administração sabe das situações e onde existem as dificuldades. Apesar, de demonstrar ter a consciência que se tenta resolver as situações mais problemáticas, mesmo por vezes da forma que é possível, a entrevistada garantiu: “há, genericamente, entre todos os serviços uma falta de organização, o que constitui um grave problema ao funcionamento dos serviços.”.

Fazendo agora a análise da entrevista da Médica, quando deparada com a questão sobre os factores-chave para o sucesso global futuro do hospital, começou a sua resposta realçando o sucesso do Hospital Público e lembrou a conjuntura económica actual difícil e a consequente desmotivação dos profissionais. Mencionou, porém, que terá que haver um melhoramento, por parte deste hospital, na gestão de recursos humanos. Na sua óptica actualmente, devido à conjuntura, vive-se uma época de cortes, existindo uma evidente grande desmotivação por parte dos profissionais de saúde que se repercutiu num grande descontentamento de muitas áreas de funcionamento hospitalar.

A Médica acrescentou que um passo chave que agora está ser tomado é o melhoramento das instalações já em curso. Relativamente à forma como os factores-chave são transmitidos, referiu que existe informação, e neste caso particular das obras do melhoramento, a informação não foi transmitida especificamente como fazendo parte de um plano. Explicou que essas decisões passam pela administração, que deverá eventualmente pedir a participação dos directores de serviços e transmitir toda a informação.

Por sua vez, a Enfermeira sobre os factores-chave para o sucesso global futuro do hospital, retorquiu:

“Em termos de hospital, por exemplo comparando com outros hospitais, como aconteceu com uma amiga minha que foi ao Hospital {V} e o que lá lhe fizeram era inadmissível aqui em {X}. Este hospital sofreu uma grande alteração em termos de imagem pública, antes os doentes passavam por cá e depois seguiam para [a cidade], mas hoje quem vem cá já fala de outra maneira, para já temos agora serviços que não tínhamos no hospital velho, desde a ressonância magnética, medicina nuclear. São empresas privadas que estão instaladas no próprio hospital.”.

A Enfermeira referiu-se a alguns serviços que melhoraram e ao próprio Hospital Público, no seu global nos últimos 10 anos, socorrendo-se de exemplos reais, nomeadamente o serviço de cardiologia, dizendo que funciona de forma diferente e muito melhor. A Enfermeira, reconheceu que o hospital “ganhou muito” com a entrada do Dr. {A} para a administração, que é médico de formação.

Em relação à forma como os factores-chave são transmitidos aos responsáveis pela gestão e vários funcionários, a Enfermeira informou que existem muitas reuniões entre os chefes, que posteriormente informam as medidas que vão ser tomadas. Também enalteceu a boa ligação entre as pessoas, bem como a transmissão da informação das alterações que se pretendem efectuar na organização.

Em suma, parece existir alguma indefinição quanto aos factores-chave para o sucesso que, deste modo, tão pouco terão sido claramente comunicados aos colaboradores. Os cinco factores mencionados como críticos para o sucesso global

futuro do hospital: conhecimento, bom senso, luta pelos consensos, motivação e trabalho, afiguram-se mais como intuitivos do que propriamente fruto de um procedimento reflectido e inserido num determinado planeamento, ou programação. As condições existentes também parecem funcionar como um constrangimento, nomeadamente as limitações ao nível dos recursos, bem como a falta de organização referida por alguns colaboradores, ainda que se tenha apurado que diversas melhorias têm sido colocadas em prática recentemente. Adiciona-se a dimensão do Hospital Público em análise que, não sendo colossal, tampouco é reduzida, pelo que levanta desafios adicionais de coordenação e gestão, conduzindo ao primado da gestão corrente. Finalmente, a sua transmissão parece estar “vedada” aos colaboradores sem funções de administração, registando-se também algumas contradições nesta matéria. Por exemplo, ao mesmo tempo que se refere a existência de informação, também se reconhece não haver qualquer plano para a sua transmissão.

8.2.4. Estrutura organizacional

Quanto à estrutura organizacional o Administrador mencionou a sua complexidade, mas simultaneamente salientou que se trata de uma estrutura achatada, fundamentando:

“Nós privilegiamos muito o *downsizing* nos nossos organigramas. Temos basicamente três grupos de serviços: serviços de prestação de cuidados; serviços de suporte à prestação de cuidados; e serviços de gestão e logística, que por definição são serviços que apoiam os outros serviços a funcionar melhor.”.

O Administrador, como foi habitual ao longo da sua entrevista, detalhou e explicou ainda que estes são os serviços que, em termos gerais, têm estruturas permanentes, trabalhadores e processos. Mencionou de seguida que o hospital também tem *n* comissões, em que algumas não trabalham sequer a tempo inteiro, não têm horas definidas para esse efeito e vão desde: a comissão farmacêutica, de controlo de infecção, de terapêutica, de educação e formação, oncológica, de qualidade, de ética. O Administrador resumiu, transmitindo que:

“Temos um conjunto muito alargado de estruturas informais, ou melhor, são estruturas formais mas com formas de funcionamento mais ou menos informais. Estas comissões reúnem, têm competências, têm que dar pareceres e ajudarem o conselho de administração a decidir. Geralmente, estas comissões são compostas por equipas multidisciplinares que dispõem de informação, propõem, estudam e avaliam situações que contribuem para o desenvolvimento e bom funcionamento do hospital.”.

O membro da administração voltou ao início e continuou a sua justificação relativamente à complexidade da estrutura, referindo que:

“(…) é muito complexa, muito grande. Temos vários tipos de serviços, várias comissões.

De seguida, justificou o porquê de ser achatada:

“Outro aspecto curioso tem a ver com o facto de termos uma estrutura muito achatada. Ou seja, todos estes serviços dependem do conselho de administração, *i.e.*, não temos aqui estruturas intermédias, não temos departamentos, não temos estruturas que façam a gestão agregada das diversas áreas e que, por sua vez, essas estruturas é que iriam transmitir ao conselho de administração.”.

Por fim, o Administrador referiu que em sua opinião este achatamento tem sido uma vantagem, porém também tem sido muito discutido, referindo que há muita gente que defende que esta não é uma boa solução, defendendo outras, nomeadamente a existência de centros de responsabilidades integrados, departamentos, ou seja defendem a existência de um conjunto de serviços alargados e o conselho de administração “logo em cima”.

O Administrador realçou o bom funcionamento através da aplicação deste modelo e mencionou como é importante a dimensão do próprio hospital, argumentando:

“Este centro hospitalar até agora tem funcionado assim e estamos muito satisfeitos com este modelo de funcionamento e os resultados têm sido bastante favoráveis, mas temos abertura suficiente para falar sobre este

assunto. Nós não temos uma dimensão muito pequena, mas também não temos ainda uma dimensão assim tão grande que o justifique. Por enquanto, com algum trabalho redobrado temos conseguido, mas se aumentarmos ainda mais as estruturas deixamos de conseguir.”.

O Administrador tentou de seguida explicar à investigadora a complexidade inerente ao trabalho num hospital, mencionando:

“Mas este modo de funcionamento tem sido uma vantagem. Sabe porquê? Nos hospitais o factor tempo é uma coisa terrível, pois muitas vezes queremos marcar uma reunião com um médico ou um director de serviço e somos confrontados com estas particularidades dos hospitais: como os directores de serviços são médicos e como os médicos também são directores de serviços (passo a redundância) o que é que eles fazem? Fazem consultas, vêm doentes, operam doentes, fazem exames, vão a congressos, enfim têm *n* actividades assistenciais propriamente ditas e ainda tem horas (poucas) para gerir o serviço. Às vezes temos dificuldade em conseguir conciliar este ritmo de trabalho com o nosso.”.

De seguida demonstrou o que as tais ideias de mais verticalidade originariam:

“Agora imagine que para além desta dificuldade ainda tínhamos dificuldade em marcar com o director de departamento e o director de departamento, por sua vez, tinha dificuldade em marcar com os directores de serviços, está tudo dito.”.

No fundo, o que o Administrador tentou transmitir à investigadora é que esta questão não é de todo consensual. Adicionalmente, enfatizou a grande dificuldade em se arranjar um director de serviço visto não ser qualquer cirurgião que está disponível a trabalhar com papéis e deixar de operar e ver doentes, resumindo:

“Como é óbvio vai perdendo conhecimentos e experiência, mas estudou para ser cirurgião. Eu não posso exigir que ele passe a vida aqui a trabalhar com a administração.”.

A Médica Especialista sobre a estrutura organizacional do Hospital Público apenas disse em jeito de desabafo: “Talvez este seja o ponto de fragilidade”, dizendo logo de seguida: “fico-me por aqui”. A investigadora percebendo o desconforto da Médica Especialista não insistiu mais quanto a este assunto.

Já a Médica relativamente a esta questão assumiu com algum constrangimento o seu desconhecimento, referindo que tinha obrigação de saber, uma vez que integrou grupo de trabalho com vista ao melhoramento do *website* do hospital no qual a estrutura organizacional é divulgada. Acrescentou, porém que sabe que existem os órgãos administrativos, os órgãos de gestão, que incluem por exemplo a gestão de doentes, a gestão financeira, o departamento de informática, o departamento responsável pela educação.

Por último, a Enfermeira não teve qualquer dificuldade em explicar a estrutura hierárquica, relembrando que trabalha neste hospital há mais de 20 anos, mencionando:

“Há a administração que engloba os gestores, composta por um médico, um enfermeiro e um administrador. Há um director clínico, que é quem dá orientações aos médicos e uma enfermeira directora, que é quem dá orientações aos enfermeiros.”,

completando, ainda:

“Também temos uma enfermeira chefe e um informático que dão apoio à enfermeira directora. Depois há os chefes de serviço, que são médicos, e depois também existem os enfermeiros-chefes de cada serviço. Também existe o departamento financeiro, cujo responsável é o Dr. {C}, ainda o departamento de informática, de recursos humanos, de tesouraria.”.

Rematou, dizendo que de modo geral os serviços funcionam bem.

Finalmente, relativamente a este tópico foi questionado como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, tentando deste modo a investigadora perceber como é que a estrutura organizacional influencia e como é influenciada pelo processo de gestão estratégico.

Relativamente a esta questão, o Administrador mencionou que no conselho de administração do Hospital Público, actualmente, existe: um presidente que é médico, apesar de não ser obrigatório; dois vogais executivos que são gestores; um director clínico que é médico; e um enfermeiro-director. De seguida, o Administrador argumentou que se não fosse uma equipa multidisciplinar teria, naturalmente, resultados diferentes. De seguida, voltou a enfatizar a importância do consenso, dizendo:

“(...) tem que existir uma solução de consenso e é perfeitamente razoável. É de consenso, porque acho que não há ninguém que pode dizer que nos conselhos de administração só podem haver médicos ou gestores.”,

tendo acrescentado que:

“ (...) a maior parte do nosso tempo é a gerir estes conflitos, as dificuldades de relacionamento, essas questões próprias de trabalho em equipa, com formações diferentes. Portanto, não passaria pela cabeça de ninguém que não houvesse um médico e um enfermeiro que fizesse essa gestão e que fizesse alguma arbitragem em dificuldades ou em discussões mais técnicas.”.

Finalmente, falou da relevância dos gestores hospitalares:

“(...) quanto aos gestores não basta serem só gestores. A especificidade da gestão hospitalar ou, se quisermos, a especificidade da economia da saúde que são conhecidas, desde a imprevisibilidade da procura, a relação de agência, implicam que os gestores devam ser gestores com perfil, com conhecimentos, com aptidão na área hospitalar.”.

Relativamente à última questão, de como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico, o Administrador referiu que é evidente que se existirem muitos níveis de decisão e se se pretender um perfeito alinhamento estratégico do topo até à base, se corre o risco de haver falhas de comunicação, pode haver corte ou interrupção deste alinhamento. O Administrador concluiu “no alinhamento, quanto maior forem os graus, quanto mais piramidal for a estrutura, pior é a cascata.”.

A investigadora, neste momento da entrevista optou por questionar o Administrador quanto à Inovação, pedindo para este classificar o Hospital Público na escala de 1 a 7 a este nível. O Administrador respondeu com “4 ou 5”, reconhecendo que tem a perfeita consciência que se pode inovar mais, contudo alertou que a inovação tem um preço, *i.e.*, “tem o preço da disponibilidade de pessoas, de tempo, de recursos, de capacidade”. Em suma, o Administrador, concluiu “sem falsas modéstias, claro que sim, somos inovadores, mas gostávamos de ser mais.”.

Quanto à Médica Especialista, no que respeita à estrutura organizacional influenciou o desenho e o modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), mencionou de imediato que “neste momento o administrador é gestor. Penso que não é mau.”. Porém, imediatamente de seguida, mencionou que acontece muitas vezes que a política do “mais barato” não seja a mais correcta, alertando que pode sair bastante mais cara. A Médica Especialista foi mais longe, dizendo: “se for nesta base, acho que também deviam existir empresas de administradores a um terço do preço.”. Por último, a Médica Especialista falou na necessidade do equilíbrio entre o ponto de vista económico e técnico, alertando, porém, que é importante ter a noção “que é o dinheiro que rege as prioridades”.

A opinião da Médica corroborou a ideia da sua colega dizendo que a Administração do hospital deve abranger profissionais de todas as áreas, nomeadamente a gestão e a economia, mas também, e não menos importante, os médicos, uma vez que são eles que trabalham directamente com os doentes.

Também a Enfermeira em relação a esta matéria argumentou: “É bom que seja uma equipa multidisciplinar.”.

Em termos de apreciação global quanto a esta dimensão, conclui-se que a estrutura organizacional do Hospital Público em apreço é do tipo horizontal, tal como já se havia concluído anteriormente em relação à estrutura do Hospital Privado. De facto, apesar de reconhecidamente “complexa” e “muito grande”, a estrutura foi assumida pelos respondentes como “achatada”, *i.e.* com reduzida clivagem hierárquica. Aparentemente a estrutura é equilibrada, havendo o reconhecimento implícito de que o tipo de estrutura em vigor tem influência no seu próprio desenho. A administração

engloba um médico, um enfermeiro e um administrador. O director clínico providencia orientações aos médicos e uma enfermeira directora, dá orientações aos enfermeiros. Existem três grupos de serviços formais: serviços de prestação de cuidados; serviços de suporte à prestação de cuidados; e serviços de gestão e logística. Paralelamente, existe uma multiplicidade de comissões, com carácter mais informal, dado serem estruturas formais mas com um modo de funcionamento do tipo informal.

Em relação à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluem tanto aspectos de RMP como CMP, apenas foram manifestadas preocupações quanto a limitações financeiras, nomeadamente ao nível da problemática dos custos. *Last but not least*, uma colaboradora manifestou bastantes reservas quanto à sua apreciação no que se refere a esta matéria, classificando a estrutura organizacional como um “ponto de fragilidade”.

Em relação à ligação da estrutura organizacional com a dimensão das estratégias e planos, cuja análise específica se apresenta em seguida, sugere-se o primado das preocupações estratégicas com o curto prazo, centradas mais em questões operacionais do que propriamente estratégicas.

8.2.5. Estratégias e planos

A segunda dimensão considerada para análise do Hospital Público, tem em apreço as estratégias e os planos adoptados pela organização e os respectivos horizontes temporais, bem como a forma como são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e aos restantes profissionais. Nesta dimensão também são incluídas as questões relativas aos participantes na definição dos objectivos da organização, quais são os processos e quem decidiu as actividades a serem requeridas para garantir o sucesso da organização.

O Administrador começou por fazer a subdivisão da estratégia global do Hospital Público em várias fracções, afirmando que a estratégia do hospital subdivide-se em várias estratégias, nomeadamente uma estratégia clara de qualidade, em que se está a rever o processo de acreditação, mencionando que: “uma das nossas estratégias é

prestar cuidados de saúde de qualidade.”. O Administrador continuou, lançando a ideia da subdivisão da estratégia global:

“Uma outra estratégia que nós temos é prestar, tendencialmente como disse no início, todos os cuidados de saúde que nós podemos prestar. Ou seja, não queremos transformar este hospital num hospital polivalente, *i.e.*, não temos como objectivo querer aqui todas as especialidades neste hospital, porque na realidade não somos um hospital central. Logo, por definição, há franjas da ciência médica que terão que ser tratadas em hospitais centrais, pois há questões de escala que naturalmente a isso obrigam. Mas quanto a tudo aquilo que está no âmbito de acção deste hospital, procuramos sempre dar uma resposta integrada, uma resposta cabal a essa procura.”

Referiu ainda mais uma outra estratégia, em jeito de “missão”:

“garantir o acesso e garantir a equidade no acesso, aos nossos utentes a todos os serviços. Em termos práticos isto significa que não temos lista de espera, ou seja, proporcionamos cuidados de saúde em tempo oportuno em função da demanda que temos desses mesmos cuidados.”.

O membro da administração não deixou de parte a sustentabilidade económica e financeira que actualmente, segundo ele, “está muito em voga”, alertando que a instituição é financiada “através de um financiamento e através da tradução daquilo que se faz”. Referiu que não existe um “subsídio à exploração, ou um orçamento prospectivo”, o que significa que a instituição é “financiada em função daquilo que produz e que cada acto tem um preço que está tabelado”. Mais uma vez, o Administrador foi muito minucioso na sua resposta e explicou:

“Ou seja, o nosso financiamento é o resultado da multiplicação dos vários actos pelos preços unitários desses mesmos actos. E é com isso que ‘temos que viver’. Temos que equilibrar a nossa exploração e, portanto, tendo consciência disso e tendo consciência que não existem linhas de investimento como haviam para administração pública central directa do estado. Nós temos que garantir, para além da sustentabilidade,

condições para haver um saldo positivo de modo a que possamos fazer investimentos.”.

O Administrador falou da intenção de apostar num hospital “moderno”, salientando a importância do investimento, argumentando:

“Isto porque uma das nossas estratégias também é ter um hospital moderno, um hospital que tenha condições de suportar as outras linhas estratégicas que seja proporcionar cuidados de qualidade, com boas condições hoteleiras, com boas condições de tratamento. Para isso tem que se fazer investimentos e os investimentos têm um peso relativamente significativo.”.

Talvez com o intuito de criar um maior impacto, o Administrador referiu-se a esta questão também associando números do histórico real, mencionando o contexto do Hospital Público nos últimos anos:

“Posso dizer-lhe que nós nos últimos anos investimos, sempre com autofinanciamento, cerca de 25 milhões de euros. Realmente não é pouco, pelo contrário é bastante, mas não quer dizer que isso seja o normal. Pois, fizemos aqui um esforço acrescido nos últimos anos porque realmente o hospital nos últimos anos passou por um processo de degradação acelerada na sua componente estrutural e, portanto, estamos a melhorá-la e a fazer esse trabalho de forma faseada, principalmente na recuperação dos edifícios do hospital. Esta é outra linha estratégica, *i.e.* o equilíbrio, a salubridade da nossa situação económica e financeira. Isto também tem outra consequência, também estratégica, que é termos um bom relacionamento com os nossos fornecedores, pois se nós tivermos um bom relacionamento com os nossos fornecedores nós vamos ganhar mais dinheiro com isso. Caso contrário, *i.e.* se não pagarmos a tempo e horas obviamente que isso vai ter custos acrescidos, como todos nós sabemos.”.

Resumiu, em termos de horizonte temporal quanto à parte económico-financeira que o futuro está “ensombrado”, destacando, porém, que o hospital até hoje conseguiu obter

equilíbrio. O Administrador fez ainda referência a outra das linhas estratégicas do Hospital Público sobre o desperdício, tentando incentivar a cultura da eficiência:

“Uma outra linha estratégica, provavelmente não vou falar de todas, mas também temos como linha estratégica que é a aposta clara na luta contra aquilo que se designa como o desperdício. Portanto, nós não fizemos nenhum decreto a dizer que íamos acabar com o desperdício no hospital, mas estamos a criar e a divulgar uma cultura em todos os serviços de modo a que cada um nos seus gestos tenham atitudes sustentáveis.”.

Mais uma vez completou a sua resposta utilizando exemplos reais do Hospital Público, *i.e.* evocou práticas habituais que considera relevantes incutir no espírito da cultura de poupança e de responsabilidade em contribuir para uma luta, contra aquilo que se designa por desperdício, como por exemplo o desligar as luzes, a utilização de papel reciclado. Em suma, o Administrador, mencionou pormenores que podem não ter expressão financeira, mas que são importantes e que devem abranger todos os profissionais. Reportou-se ao ano de 2004, recordando:

“Desde 2004 que, todos os anos, fazemos um plano interno discutido pelos serviços e colocado em prática sempre com o objectivo de redução de custos. (...) Portanto, todos os anos, disparando em várias direcções nós temos objectivos definidos e pomos em prática. Esta é a nossa cultura e é uma cultura interessante.”.

Por último, o Administrador falou sobre a estratégia ambiental do Hospital Público, referindo:

“Outra estratégia, que também gostava de dizer, é a sustentabilidade ambiental. Nós temos *n* iniciativas, umas mais conhecidas, outras menos, de medidas com impacto ambiental, desde: o controlo de temperaturas, o controlo de resíduos, as reciclagens, o tratamento de resíduos, a redução de consumos de energia. Temos a funcionar desde o ano passado uma central de cogeração. Portanto, temos uma panóplia de preocupações e uma série de medidas com impacto ambiental, que também é uma preocupação moderna, e que curiosamente é uma boa preocupação

porque a maior parte das vezes estamos defender o meio ambiente e as nossas contas, portanto é só benefícios. O nosso relatório anual de contas tem sempre um capítulo sobre este tipo de medidas.”.

Relativamente aos tipos de planos que o hospital adoptou e qual o respectivo horizonte temporal, o membro da administração argumentou que o hospital tem planos formais, ou seja, instrumentos de planeamento de gestão anuais, fazendo parte do plano de desempenho. Referiu, também a existência de um contrato programa que celebra com a tutela onde se contratualiza a forma como se vai fazer e consequentemente pagar. Mencionou ainda o orçamento económico que é feito para um ano, referindo-se a um orçamento de investimentos e de compras. Por último, evocou um plano estratégico que é feito trianualmente. Deu o exemplo real do plano do Hospital Público, dizendo:

“Devíamos ter feito o último em 2011, válido até 2013. Este plano não foi feito porque em 2011 passámos para centro hospitalar. Por isso será feito este ano com validade até 2014. Com estas alterações todas e com a futura integração do hospital de {W} que agora está integrado no centro hospitalar no eixo oeste-norte e passará, a curto prazo, a integrar o centro hospitalar de {X} e {Y}, portanto, logo que esta situação seja definida pelo governo o nosso plano estratégico irá contemplar aquilo que deverá ser a produção, os investimentos e a sua repercussão económica e financeira do centro hospitalar. Neste momento ele não está feito apenas devido a esta situação das fusões dos vários hospitais. Portanto, estes são os planos mais comuns e que são obrigatórios e são divulgados.”.

Posteriormente abordou os planos de carácter mais específico, referindo-se a planos para o combate ao desperdício, para certos investimentos anuais, no fundo mencionou a existência de vários tipos de documentos de planeamento, enfatizando que “naturalmente uma instituição com esta dimensão e com este orçamento tem que ter”, sob pena de se tornar ingerível.

Quanto à forma como é que as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e restantes colaboradores, tais como médicos, enfermeiros, técnicos especialistas e outros, o Administrador argumentou que são

sempre informados. Afirmou que todos os instrumentos de planeamento e gestão estão divulgados na *intranet* e são partilhados com os responsáveis dos serviços.

O Administrador também deu a conhecer a existência de um “plano de desempenho”, que descreveu como sendo:

“a soma dos vários planos que nós estabelecemos com cada um dos serviços. Ou seja, ‘a medicina agora tem quantos doentes? 2000! E a cirurgia? 2200! E a ortopedia? 2100!’ É a soma disso que está no plano do hospital. A consulta externa são 200.000 consultas, não é por ser um número redondo, é porque este valor é a soma das várias consultas que cada um dos serviços se compromete a fazer num determinado ano. Portanto, o plano de desempenho do hospital resulta da soma dos vários planos e das várias estruturas que o hospital tem. Estamos a falar em termos de plano de desempenho, ou plano de actividades propriamente dito.”.

Por sua vez, relativamente à questão de quem participa na definição dos objectivos, o Administrador afirmou, mais numa óptica de metas do que propriamente objectivos, que são os directores de serviço, explicando que se fazem reuniões de contratualização onde são discutidos os recursos que existem, a forma de os utilizar, onde se definem as metas e se traçam objectivos. O Administrador defendeu, porém, a intervenção dos restantes profissionais, visto que muitas das vezes os directores de serviço vão trocar ideias com os colegas de forma a formularem novas opiniões sobre os assuntos discutidos nas reuniões com a administração. O Administrador, assumiu que:

“Claro que às vezes há desvios, há serviços que perdem médicos, há serviços que não têm doentes, enfim há sempre justificações pontuais. Por isso é que temos o relatório mensal onde temos os desvios mais facilmente controláveis e as respectivas medidas para corrigir os desvios.”.

Em relação à Médica Especialista, no que respeita às estratégias do hospital revelou a existência de algumas dubiedades, referindo:

“Não sei. Mas já estamos fundidos com o Hospital Público {Y} e soube também que se irá fundir ao Hospital Público {W}. O que nos foi dito foi, por exemplo, existe no Hospital Público o serviço de cirurgia 1 e 2 e informaram-nos, através de uma circular, que agora há um terceiro em Hospital Público {W}.”.

A Médica Especialista, sempre com um sentido espírito crítico bastante aguçado, revelou um sentimento de descontentamento devido à falta de informação, fazendo instantaneamente algumas sugestões de melhoria relativa a este assunto, explicando que teria sido útil reunirem os técnicos para se saber como vai ser a organização, o que até ao momento não aconteceu, revelando com um ar de desagrado “não nos perguntaram nada sobre a questão das fusões.”. Relativamente à transmissão da informação, destacou a sua importância dizendo:

“Esta questão é importante, porque implicará mais trabalho para quem está nas urgências e nos serviços. Já nos comunicaram que não iam contratar mais ninguém, mesmo na situação em que aumenta a população a tratar”.

Relativamente à forma como as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e funcionários, a Médica Especialista reconheceu de imediato a possibilidade de opinar acerca destas matérias, salientando, até, que muitas das vezes lhe perguntam “qual a melhor solução” para determinado problema. Já no que respeita a quem participa na definição dos objectivos, a Médica Especialista, sem qualquer hesitação, respondeu que é a administração, salientou que esta tem como base dados anteriores. Sempre com um espírito crítico muito particular, a Médica Especialista, imediatamente a seguir e por iniciativa própria realçou os aspectos negativos, dizendo: “Ou seja, perguntam quanto fizemos no ano anterior e a partir desse valor acrescentam mais. Mas às vezes estes valores são irreais.”. A Médica Especialista continuou a demonstrar a existência de alguma displicência neste processo, elucidando à investigadora que:

“Por exemplo, num ano um colega adoeceu e eles [a administração] queriam saber o porquê daqueles valores, mas é óbvio que se a equipa

está reduzida, os valores continuam a baixar. Mas a administração continua a querer justificações daquele resultado. (...) Em situações de férias, por exemplo, os meus doentes passam para outro colega e automaticamente não são contabilizados no meu processo. Portanto, eu acho que devia ser feito um reajuste nas contas dos objectivos porque por vezes temos situações de injustiça.”.

Rematou, falando no reporte do *feedback* dizendo que as estatísticas dos serviços são enviadas de 3 em 3 meses.

Quanto à Médica, relativamente à primeira questão que aborda as estratégias do Hospital Público, referiu que para além de cuidados médicos o hospital presta outros tipos de serviços, nomeadamente integra grupos profissionais como assistentes sociais, psicólogos e educadores de infância, tendo uma estratégia de apresentação que é o seu *site* de forma a aproximar o hospital com o doente. Por sua vez, a Médica revelou o desconhecimento da estratégia global, referindo porém:

“As estratégias delineadas do hospital no seu global não sei. Apesar de ser apresentada informação relativa à gestão do hospital, aos custos de internamento do doente, à duração de internamento, à utilização dos recursos, meios de diagnóstico e farmacêuticos. Esta informação é meramente transmitida nas reuniões de serviços de forma a sensibilizar os médicos nestas matérias.”.

Em relação ao tipo de planos que o hospital adoptou e qual o respectivo horizonte temporal, a Médica referiu directamente que desconhece essa informação. Existe, no entanto, um alerta no caso de o serviço ter gasto mais recursos do que o previsto. Essa informação é transmitida aos médicos, mas não com datas específicas e/ou horizontes específicos ou até com limites estabelecidos. Relativamente à forma como as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e restante colaboradores, referiu que desconhecia, afirmando apenas que essa informação é transmitida aos responsáveis, mas ao médico em si não é comunicada, pelo menos de forma específica e assumida como um plano.

A Médica reconheceu também o desconhecimento relativo a quem participa na definição dos objectivos, dizendo não ter a certeza, porém, esboçando um sorriso, afirmou “que deve ser a administração”. Ainda relativamente aos processos e quem decidiu as actividades a serem requeridas para garantir o seu sucesso, a Médica também reconheceu não estar a par dessas informações.

Por fim, a Enfermeira e em relação às estratégias do hospital, mais uma vez relembrou o processo de acreditação e a reformulação de alguns serviços, nomeadamente, uma secção do edifício principal que inicialmente foi prevista para quartos particulares e agora é onde se localizam os serviços de cuidados intensivos e cardiologia. Relativamente à forma de como as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e funcionários, a Enfermeira mencionou as vias informais e formais, referindo que as estratégias são comunicadas informalmente, mas também que há sempre uma reunião com a administração e que toda a informação é disponibilizada na *intranet*. No que respeita à questão de quem participa na definição dos objectivos, a Enfermeira não teve qualquer hesitação respondendo:

“É a administração, mas atenção que os médicos fazem parte da administração. Por exemplo, o Dr. {A}, presidente da administração é médico. Depois há ainda o Dr. {B} que é administrador e uma enfermeira que também faz parte da administração, é enfermeira directora.”.

Em resumo, quanto às estratégias e planos organizacionais, salienta-se a preocupação “clara” com a qualidade, “a prestação de cuidados de saúde de qualidade”, estando a organização a concluir um processo de acreditação. Esta é acompanhada pela “luta” contra o “desperdício”, tentando incentivar a cultura da eficiência, através de “atitudes sustentáveis”, que são definidas em plano interno discutido pelos serviços e colocado em prática com o objectivo de redução de custos, sendo tal prática considerada uma “cultura interessante” pela própria organização, e mantendo um bom relacionamento com os fornecedores, para a obtenção de melhores condições comerciais. O Hospital Público procura não apenas a sustentabilidade financeira, mas também a ambiental, em modo de complementaridade. Entre as medidas com impacto ambiental, foram referidas: o controlo de temperaturas, o controlo de resíduos, reciclagens, tratamento de resíduos e

a redução de consumos de energia, tendo recentemente entrado em funcionamento uma central de cogeração. Esta actividade é reportada em capítulo específico do relatório anual de contas. Finalmente, a linha estratégica inclui investimentos na melhoria e modernização das instalações, com vista ao tal foco na qualidade.

As estratégias e planos são definidos pela administração. A transmissão da estratégia recorre ao uso da *intranet* e de documentos públicos, portanto oficiais, mas de modo passivo, pelo que se pode considerar do tipo informal, não demonstrando os colaboradores um elevado nível de conhecimento, dada a transmissão ser apenas realizada de modo “activo” aos responsáveis dos serviços. Pelo contrário, a generalidade dos colaboradores revelou desconhecimento, por exemplo, em relação aos processos de fusões, tendo reclamado mais informação.

O hospital tem planos formais, *i.e.* instrumentos de planeamento de gestão, que são anuais, fazendo parte do plano de desempenho. Contudo, estão condicionados à contratualização de contratos-programa celebrados com a tutela. Para além do orçamento económico anual, foi evocada a existência de um plano estratégico realizado trianualmente.

8.2.6. Medidas-chave de desempenho organizacional

Esta dimensão contempla quais são as medidas-chave de desempenho organizacional que derivam dos respectivos objectivos, factores-chave de sucesso, estratégias e planos, *i.e.* tentar entender se utilizam indicadores financeiros e não financeiros, tal como verificar se estão presentes as quatro ópticas do BSC e perceber se são objectivos ou subjectivos, bem como o horizonte temporal, *i.e.* de curto prazo ou longo prazo. Também nesta dimensão se contempla a forma como estes estão especificados e são informados, a quem se dirigem e que papel assumem na avaliação de desempenho. Por último é questionada a opinião sobre a existência de indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação.

O Director Financeiro quando questionado sobre a primeira questão referiu de imediato:

“O Hospital tem um sistema de planeamento no qual são identificados os objectivos a atingir, são estabelecidos indicadores para avaliação. Esses indicadores não são exclusivamente financeiros, existem também indicadores de natureza qualitativa nomeadamente qualidade, acessibilidade e eficiência. Neste sentido pode-se dizer que existe um sistema composto por indicadores não financeiros: aliás se é um hospital é isso mesmo. Porém esses indicadores qualitativos são objectivos que se conseguem quantificar. São de curto prazo, geralmente um ano. Quanto aos indicadores financeiros podemos falar de produção, recursos humanos, económico e financeiros.”

Completo, reconhecendo que no fundo não se utiliza o BSC, contudo são utilizados indicadores que constam nele. Relativamente à forma como estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho, o Director Financeiro, explicou que existe uma contratualização interna e que são comunicados aos directores de serviço, existindo uma negociação, acrescentou que esta contratualização abrange áreas onde se tratam os doentes. Por sua vez, em relação à última questão desta dimensão ou seja a possível existência de indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação, o Director Financeiro, após alguma hesitação na sua resposta, acabou por afirmar: “tenho a minha opinião, mas não vou responder a esta questão.”.

Quanto à Médica Especialista em relação à primeira parte desta dimensão argumentou simplesmente que é avaliada em termos de desempenho. Imediatamente a seguir, acrescentou que em sua opinião neste momento “somos mais analisados em termos de números e não em termos de desempenho.”.

Relativamente à forma como é que estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho, a Médica Especialista, que sempre revelou o seu espírito crítico bastante aguçado ao longo da entrevista, desta vez demonstrou o seu contentamento, referindo que é informada em reunião de serviço, sobre a avaliação individual e que existe uma comparação “com o serviço do lado”. O mais espantoso, é que na sua opinião este método parece-lhe muito

saudável, levando os profissionais a questionarem o que poderá ter corrido menos bem nos seus serviços.

Por último, e quando confrontada com a sua opinião relativa à existência de indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação na organização, a Médica Especialista explicou que em termos de carreira médica existe avaliação ao longo dos anos, porém com actual conjuntura económica está tudo congelado. A Médica Especialista, em resumo e com um ar quase sarcástico, salientou os médicos, mais que nunca, são avaliados, “uma vez que tudo o que fazem fica registado.”.

A Médica em relação às medidas-chave de desempenho organizacional que derivam dos respectivos objectivos, factores-chave de sucesso, estratégias e planos, respondeu simplesmente que desconhecia. Revelou, também, o seu desconhecimento sobre a forma como estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho. Por último, quanto à sua opinião sobre a existência de indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação, a Médica pronunciou-se dizendo:

“Acho que não. Porém existe muita subjectividade. No caso de serem especialistas têm indicadores mais objectivos nomeadamente, número de doentes atendidos, número de doentes atingidos em urgências, número de consultas.”

Em termos de apreciação global, constata-se a existência e a utilização de medidas-chave de desempenho organizacional. É também de salientar que o Hospital Público possui um sistema de planeamento, no qual estão identificados os objectivos a atingir, bem como são estabelecidos indicadores para avaliação. Os indicadores não são exclusivamente financeiros, pelo contrário, são sobretudo indicadores de natureza qualitativa, compõem um “sistema composto por indicadores não financeiros”, que são, contudo, quantificáveis, nomeadamente compreendendo métricas de qualidade, acessibilidade e eficiência. Quanto aos indicadores financeiros utilizados, foram referidos de “produção, recursos humanos”, e outros económico-financeiros. O horizonte temporal dos indicadores é de curto prazo, geralmente um ano.

Os indicadores são comunicados aos directores de serviço, sendo alvo de contratualização interna em termos de metas, como se explicitará na análise da próxima dimensão em apreço. Parece haver uma boa transmissão destes aos colaboradores, sobretudo ao nível dos médicos, que mostraram estar a par dos indicadores que suportam as suas avaliações de desempenho. Contudo, apesar de os indicadores qualitativos terem sido considerados “objectivos” por parte da administração, não se registou a concordância por parte dos profissionais médicos que, nesta matéria, chegaram a reconhecer a existência de “muita subjectividade”. Uma questão que já foi discutida no capítulo anterior, no estudo de caso do Hospital Privado, em que se abordou a especificidade intrínseca da prestação de serviços no sector da saúde.

Finalmente, especificamente em relação ao BSC, ele não é utilizado, embora sejam alguns indicadores que usualmente o compõem, sendo empregues de um modo tipo *Tableau de Bord* (conforme se poderá verificar posteriormente na dimensão que aborda os PMSs).

8.2.7. Definição de metas

A dimensão apresentada nesta subsecção é focada na definição das metas, estando relacionada com a examinação das metas de desempenho da organização hospitalar, tendo sido questionadas aos entrevistados, a sua opinião quanto ao nível de performance que o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho, identificadas na questão anterior, ou quanto ao modo como se definem as metas de desempenho apropriados para essas mesmas medidas-chave de desempenho e, finalmente, quanto ao grau de dificuldade de alcance das metas, ou seja verificar até que ponto estas são fáceis ou difíceis de alcançar.

Em relação a esta questão, o Director Financeiro chamou à atenção para a importância do alcance das metas na obtenção do financiamento, explicando:

“O financiamento está dependente do cumprimento de certas metas, nomeadamente de qualidade e eficiência. Indicadores que não são

necessariamente financeiros e que estão em causa. Também os financeiros estão em causa, como a produção contratada”.

Relativamente à definição da forma como se define metas de desempenho apropriadas para estas medidas-chave de desempenho, o Director Financeiro disse que as metas das medidas chave de desempenho dependem dos indicadores, dando como exemplos a satisfação dos doentes, *i.e.* indicadores de qualidade, que têm a ver com a percepção das pessoas. Quanto ao grau de dificuldade no alcance dessas metas o director foi peremptório, argumentando que estas não são fáceis de atingir, porém lembrou que por definição devem ser realistas e exigentes e nem fáceis nem difíceis, uma vez que no caso de serem difíceis esse processo é totalmente desnecessário.

Já a Médica Especialista, em relação a esta última análise, o grau de dificuldade no alcance das metas, revelou, além do carácter subjectivo, na sua convicção as metas são difíceis de alcançar. Alertou que apesar de serem realistas têm duas vertentes *i.e.* que se pode fazer “as coisas possíveis” e servir um grande número da população, dando o exemplo, que pode durante uma tarde ver 18 doentes, porém se for avaliado o tempo que perdeu com cada um doente provavelmente vão dizer que não teve um bom desempenho, apesar de se saber que aquela consulta de cirurgia é especial e muito rápida. A Médica Especialista contra-argumenta, dizendo:

“Mas se for avaliada pela forma como atendo o doente, se explico tudo de forma a ser entendida, o resultado será diferente, mas atendo menos utentes. Mas gostava que me dissessem se visse só 8 e os restantes passado um ano como seria Até agora disseram-me que quanto mais consulta fizer, melhor. Acabo por ver os 18 doentes, não porque me recomendam, mas porque assumo as minhas responsabilidades de médica.”

A Médica, no que toca ao nível de performance que o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho, identificadas na questão anterior, apenas mencionou que não as sabia, tal como em relação à forma como estas se definem para essas medidas-chave de desempenho. Já em ao grau de dificuldade em se atingir as metas, a Médica referiu de forma espontaneamente que não são fáceis, mesmo aquelas que não

são apresentadas como metas ou planos, mas sim como problemas. Repetiu, até a sua opinião dizendo “são sempre difíceis de alcançar”. Porém, em último, lembrou a investigadora que o facto de estar no hospital há apenas um ano e ser interna pode fazer a diferença e que não esteja tão envolvida e atenta nestas matérias.

Em termos globais, sugere-se que o processo de definição de metas é crucial para o Hospital Público, porquanto o financiamento do mesmo está dependente do cumprimento daquelas, nomeadamente ao nível da qualidade e eficiência, consubstanciados por uma avaliação suportada por indicadores financeiros, tais como a produção contratada; e não-financeiros, tais como a satisfação dos doentes, *i.e.* indicadores de qualidade, que têm a ver com a percepção dos utentes. Portanto, as metas inerentes às medidas chave de desempenho dependem de indicadores quantitativos e qualitativos, sendo também reconhecida, tanto pela administração, como pelos colaboradores, a dificuldade em atingir as metas propostas.

Em linha com o que também já havia sido referido na dimensão de análise discutida na secção anterior deste capítulo, os colaboradores reiteram a subjectividade de algumas metas, bem como evidenciaram desconhecimento em relação ao processo de definição das metas. Tal sugere contradizer a administração, que na dimensão anterior havia referido que os indicadores utilizados na avaliação de desempenho eram definidos em termos de metas por “contratualização interna” e após “negociação”. Conforme já referido anteriormente, são realizadas reuniões de contratualização com os directores de serviço, onde são discutidos os recursos disponíveis, o modo de os utilizar, e em que se definem as metas e se traçam objectivos. Contudo, na verdade, da parte da administração, os inquiridos não manifestaram disponibilidade para aprofundar mais esta questão.

8.2.8. Avaliação de desempenho

A dimensão analisada aqui vem na sequência da anterior e contempla o tipo de avaliação de desempenho que possa existir no hospital, tendo por objectivo a investigadora compreender se esta é do tipo participativo, se os funcionários estão

efectivamente envolvidos a nível individual, de grupo e/ou organizacional e tenta, ainda, aferir se as avaliações de desempenho são primariamente objectivas, subjectivas, ou combinadas, bem como entender a importância da informação formal e/ou informal e os controlos nestes processos.

Relativamente ao Director Financeiro, no tocante a esta matéria respondeu sem qualquer hesitação:

“Em relação à avaliação de desempenho a título individual é o SIADAP, mas este não se aplica a toda a gente. Existem grupos de profissionais, como por exemplo médicos e enfermeiros, e nessas carreiras existe uma avaliação que não sei se é uma avaliação de desempenho, porque pressupõe um conjunto de objectivos estabelecidos e também pressupõe determinados conjuntos de aptidões e competências. Na contratualização interna é feita avaliação de serviço clínico, logo é feita uma avaliação como grupo clínico, o médico a, b, c, mas vistos como um grupo, a nível do serviço”.

De seguida, e no que diz respeito às avaliações de desempenho, o director expressou a sua opinião informando que: “são quantitativas no que respeita a tipos de desempenho e qualitativas no que respeita às competências”. Por último, em relação ao quão importante é a informação formal e informal, bem como os controlos nestes processos este argumentou que é importante a informação formal e com regras. Acrescentou, ainda relativamente à avaliação de desempenho que existe sempre a possibilidade do profissional reclamar, caso não esteja de acordo, e chamou à atenção da investigadora, que este processo é um “bocado burocrático”, não havendo lugar a comparação e existindo tendência para o simplificar.

Em relação a esta dimensão, a Médica Especialista afirmou ser “normalmente bem avaliada”, mencionando de seguida que as avaliações de desempenho são “baseadas em números”, como tal “são objectivas”. No que respeita à importância da informação formal e/ou informal, bem como os controlos nestes processos, esta médica respondeu afirmativamente, dizendo até que é “bem comunicada” e que as comparações

com outros serviços são feitas de “forma saudável”, sempre com vista a melhorar os serviços.

Quanto à Médica, em relação a esta dimensão argumentou:

“Eu sou a avaliada num âmbito de um programa específico de formação por entidades competentes, pela ARS, mas que não pertencem à Administração do hospital. Essa avaliação é feita pelos meus directores de serviço, e estes comunicam aos médicos (médica interna). No meu caso específico, como sou interna existem indicadores que são reportados aos responsáveis. A nossa avaliação é própria, não sabendo como ela é inserida nesse modelo de avaliação hospitalar.”

A Médica referiu-se a esta questão como sendo meramente burocrática, tendo interesse para a equipa do serviço, *i.e.* a avaliação do serviço como um todo, e não tanto no individual, realçando que o “importante é a equipa.”. Quanto às avaliações de desempenho, explicou que são combinadas, porém ressaltou que a avaliação de desempenho dos médicos especialistas é muito mais objectiva do que os médicos internos.

Quanto à Enfermeira, mencionou que “de 3 em 3 anos, o enfermeiro chefe dispõe um protocolo que nós temos que preencher. A nossa avaliação tem sido só ‘satisfaz’ e ‘não satisfaz’”. Referiu que o próximo ano será realizada nova avaliação. Acrescentou também que ela tem de “apresentar as avaliações que fazemos, as dificuldades, os nossos objectivos”. Por último, afirmou que concordava com o modelo de avaliação, considerando-o suficiente e realçando que se complicassem o processo “qualquer dia não se trata doentes, mas sim de papeladas”. A investigadora questionou a Enfermeira se essa avaliação é transmitida, tendo esta respondido:

“Sim, temos uma reunião individual com o enfermeiro chefe, onde ele nos diz os pontos correctos e menos correctos. Depois a avaliação vai à enfermeira directora para assinar e depois a partir daí é que poderá haver uma progressão na carreira, embora, desde 2004, esteja tudo congelado”.

Quanto ao grau de objectividade as avaliações, a Enfermeira foi suficientemente clara considerando-as “um bocadinho subjectivas”. Em sua opinião deveria ser feita mais do que uma reunião com o enfermeiro director para avaliar o que está a correr menos bem. Por último, a Enfermeira mencionou não ter conhecimento “formal sobre este processo” no seu serviço acabando por existir uma certa subjectividade. Porém, também realçou que “noutros serviços os chefes são muito mais rigorosos.”.

Em síntese, a avaliação de desempenho a nível individual está baseada no SIADAP. Contudo, o processo de avaliação não é abrangente, pois não considera todas as categorias de profissionais. Adicionalmente, continua a enfermar da tal “subjectividade”, que já vem sendo assinalada nas dimensões examinadas anteriormente. Também existem outros tipos de avaliações, realizadas fora o âmbito da administração do hospital, como é o caso da tutelada pela ARS, embora mais no âmbito da formação.

Existem avaliações combinadas, pois para além de avaliações individuais, também podem ser cumulativamente realizadas avaliações de grupo, ao nível do serviço clínico. As avaliações são tanto quantitativas, no que respeita a “tipos de desempenho”, como qualitativas no que respeita às “competências”. Quanto à importância da informação formal e informal, apurou-se que a administração considera apenas importante a informação “formal e com regras”. Esta indicação foi corroborada pelos alguns colaboradores, que não apenas destacaram o facto das avaliações serem essencialmente “objectivas”, “baseadas em números”, como também o facto de serem “bem comunicadas”. Contudo, não se pode menosprezar a subjectividade intrínseca, já referenciada anteriormente, e novamente manifestada ao nível dos colaboradores.

Finalmente, no âmbito do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), a avaliação de desempenho existente parece ser do tipo participativo, pelo menos ao nível da execução, pois os colaboradores não só têm a possibilidade de discutirem a avaliação de modo individual, como também são convidados a apresentar as “avaliações que fazemos, as dificuldades, os nossos objectivos”.

8.2.9. Sistemas de recompensa

Na presente dimensão estudam-se os possíveis tipos de incentivos financeiros e/ou não financeiros obtidos pelos responsáveis pela gestão e restantes profissionais, em virtude de atingirem as metas de desempenho, ou outros aspectos possivelmente considerados. Foi também questionada a existência de eventuais penalizações, por parte do Hospital Público, para quem não alcance um determinado nível estabelecido relativo às metas propostas.

O Director Financeiro relativamente a esta questão, começou por contextualizar o meio envolvente do sector da saúde, falando das suas restrições, argumentando:

“Em 2003 o Governo estabeleceu o novo sistema de avaliação por razões orçamentais, contrariando as progressões automáticas, limitando os Muito Bons e Bons. Esta nova forma de avaliação, este novo *plafond*, visava que as progressões fossem feitas mais lentamente. Porém, neste momento existem restrições nas progressões”.

No fundo, pelo que a investigadora percebeu, não existe qualquer sistema de recompensa ou incentivo efectivamente em vigor no hospital, tendo o Director Financeiro optado por se referir apenas às progressões. Relativamente às penalizações, o Director Financeiro evocou, com um ar risonho, o conceito de “burocracia”, admitindo que ninguém na instituição foi penalizado por não alcançar as metas, explicando que em termos práticos nunca ninguém foi despedido por não atingir metas. Ressalvou, porém, o sentido de responsabilidade de todos os colaboradores do hospital, mas concluiu a questão dizendo: “se quer que lhe diga esta questão é mais burocrática que outra coisa”.

Por sua vez, a Médica Especialista mais uma vez confessou o seu desagrado, agora ao nível da ausência de incentivos, acabando por lhe escapar, mais uma vez, um desabafo: “neste momento nem podemos tirar licenças para ir a congressos”. A Médica Especialista acrescentou, ainda, que antes se tinha a possibilidade de ganhar pelas operações feitas fora do horário de trabalho, mas até esse processo foi complicado. Quanto às penalizações, a Médica Especialista foi perentória ao afirmar que não tinha conhecimento de nenhum caso.

Por sua vez a Médica corroborou as opiniões da sua colega anterior, confirmando em relação aos incentivos “zero, nenhuns incentivos, não existem incentivos para quem atingir metas”. Também testemunhou a inexistência de penalizações, acrescentando “claro que no caso de não se cumprir horários ou outras situações do género até poderá acontecer, mas não tenho conhecimento de nenhum caso desses.”

A Enfermeira, por sua vez, também comprovou a opinião das suas colegas dizendo que actualmente não existem quaisquer incentivos. Porém, foi ainda mais longe e recordou outros tempos em que tal aconteceu, dizendo:

“Houve um ano, em que a administração deu um cabaz de natal a cada funcionário. Este gesto foi muito criticado a nível nacional, apesar deste hospital apresentar resultados positivos e gerar lucro”.

Relativamente às penalizações, mencionou casos esporádicos e pouco relevantes, lembrando algumas situações de queixas de utentes, mas que acabam por “nunca dar em nada”.

Em suma, não existem sistemas de recompensa no Hospital Público, sendo esta opinião transversal a todos os entrevistados que, por sua vez, fizeram questão de demonstrar o seu descontentamento e a sua desmotivação, tendo, no entanto, a consciência que em grande parte tal se deve à actual conjuntura económica. Quanto a possíveis penalizações elas também não existem, havendo a ideia que este assunto se trata de uma mera burocracia e uma questão praticamente irrelevante em termos práticos.

8.2.10. Fluxos de informação, sistemas e redes

Relativamente à dimensão que examina os fluxos de informação específicos- *feedback* (retorno) e *feedforward* (pós-retorno), os sistemas e redes que o hospital possa ter em prática para o suporte da operação dos seus sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs), o Director Financeiro expôs de forma muito directa que:

“Numa perspectiva individual não, a não ser atingirem um x números de consultas. Agora em termos de organização tem, *i.e.* enquanto organização, sim.”.

Quanto à Médica, relativamente a esta questão apenas enfatizou que existe a informação e a consciência, por parte dos profissionais, que é importante a gestão dessa informação para o bom funcionamento económico e financeiro do hospital. Acrescentou que essa informação é sempre veiculada pelo director de serviço.

A Enfermeira confessou ter existido uma evolução notável a este nível, afirmando que “ (...) sim, teve uma evolução de 500%. Temos tudo informatizado”. A Enfermeira, socorreu-se, mais uma vez de exemplos da vida prática, para explicar que actualmente tudo é tratado pelo computador, mencionando desde “pedidos de alimentação, pedidos de armazém”.

Não tendo sido possível extrair muito mais evidência, à semelhança do que sucede no Hospital Privado, foi possível detectar a existência de diversos fluxos e sistemas de informação. Contudo, fica a sensação de que a sua utilização e aproveitamento é muito limitada, na linha do que actualmente os sistemas de informação padrão oferecem à generalidade das organizações.

8.2.11. Utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)

Nesta dimensão, cujos objectivos já foram explicados detalhadamente no capítulo anterior referente à mesma dimensão, a investigadora, quando confrontou o Director Financeiro com a primeira questão da dimensão, referente ao tipo de utilização que é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo, ou sistemas de controlo de gestão, obteve a seguinte explicação:

“Estes sistemas de controlo de gestão é basicamente o que temos, é um sistema, um quadro de controlo mensal ‘*Tableau de Bord*’ em que se faz o controlo de produção e indicadores de natureza quantitativa e qualitativa, tais como a acessibilidade, a qualidade, a eficiência, quer os económicos financeiros”.

Quanto às tipologias/tipos de usos que tenha conhecimento existirem na literatura e/ou relatórios técnicos, o Director Financeiro foi claro, referindo que o “*Tableau de Bord* é um deles”. Relativamente à última questão desta dimensão, ou seja como é que os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes, o director explicou à investigadora que em bom rigor à medida que se vai subindo [na hierarquia] vai havendo uma agregação, ou seja em termos de topo existe um sistema mais reduzido de variáveis, explicou o director, nomeadamente os resultados líquidos, *i.e.* indicadores mais agregados, mencionando que na base existem indicadores mais específicos e desagregados. Por último, quando questionado nesta dimensão se se considera que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, incentiva o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais, o Director Financeiro mencionou a importância da informação, dizendo:

“Sim, hoje num hospital sem um sistema informativo potente não existe controlo de gestão, qualquer avaliação pressupõe um sistema de informação. É uma realidade que se trabalha com muitas variáveis, e se eu não consigo construir um sistema com essas variáveis como vou saber informação sobre elas?!”

Referiu-se mais concretamente ao caso da saúde, comparando informação com *inputs*, explicando que no sistema de saúde o *input* é a informação, dando como exemplo o histórico do doente *i.e.* o quadro clínico com informações. Justificou que esse quadro clínico é utilizado quando o doente entra no hospital, uma vez que vai ser necessária informação e acrescentar nova informação, nomeadamente no que respeita a mais análises, a mais raios *x*, a mais medicação com vista a fazer um diagnóstico. O Director Financeiro rematou, reafirmando que:

“Em saúde a informação é fundamental, a informação não é um subproduto é sim a saúde do doente. Como é que eu consigo registar ‘na folha de obra’ se eu não tiver um sistema de informação que permita saber qual a patologia do doente, nomeadamente as consultas da medicação diária, o horário dessa mesma medicação, etc! Se não existir

um bom sistema nada é possível. Por exemplo, saber qual o custo unitário de cada doente, hoje essa informação é possível”.

No seguimento da conversa, pela primeira vez na entrevista, a investigadora achou pertinente colocar a mesma questão, mas agora no que respeita aos hospitais privados. Pergunta à qual o director respondeu convictamente, revelando que: “as unidades privadas não precisam de saber qual o custo médio, porque os proveitos são superiores aos custos”. O que o Director quis dizer foi que nesse caso “não vale a pena saber”, não há a necessidade disso e como diz o velho ditado: “a necessidade obriga”. O Director Financeiro alertou, também, ainda em relação a esta questão, para a falta de sensibilidade dos médicos em relação às médias, explicando:

“Os médicos não tem qualquer sensibilidade para as médias, visto eles fazerem tratamentos a doentes com diferentes patologias. Existe obviamente muito heterogeneidade e só com sistemas de informação e nomeadamente com sistemas informáticos é que é possível homogeneizar.”,

resumindo, afirmativamente, em seguida:

“A partir do momento que eu tenho informação é que eu estabeleço objectivos, caso contrário não seria possível. Se eu, por exemplo, não tiver um sistema capaz de apurar o custo médio por doente, como é que eu consigo estabelecer objectivos?!”

O Director Financeiro, sendo docente de unidades curriculares sobre Gestão e Economia da Saúde em licenciaturas da área da saúde, ou seja uma pessoa com muita experiência, quer em termos práticos quer em termos académicos, fez questão de evocar a lei da escassez, de se referir ao momento actual e a conceitos como custos, recursos e eficiência, afirmando:

““Os médicos dizem que a saúde não tem preço’, mas hoje existe a noção que não tem preço mas tem custo. O sector da Saúde não é inune à lei da escassez, *i.e.* os recursos são escassos. Se eu utilizo um recurso com esta pessoa, aquela já não tem acesso a esses mesmos recursos. Existe uma

percepção que não se pode desperdiçar ou seja que se deve utilizar os recursos de forma eficiente e os profissionais de saúde já estão sensibilizados para esse assunto. Hoje, por exemplo, assistimos a novas unidades curriculares que fazem parte dos planos curriculares nas licenciaturas relacionadas com a saúde, nomeadamente disciplinas como a de Gestão e Economia da Saúde, o que permite também ajudar nessa sensibilização”.

A Médica Especialista, quando deparada com a questão sobre o tipo de utilização é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo/sistemas de controlo de gestão, respondeu:

“Há vários administradores que gerem várias partes do hospital, mas não lhe sei responder bem. Temos *intranet*, circulares que implicam a nosso assinatura, ou seja significa que tomamos realmente conhecimento, mas às vezes é difícil de gerir a informação porque os médicos não têm tempo para ler tantas informações”.

Mais uma vez, a Médica Especialista fez as suas sugestões, dizendo:

“Eles deviam ver porque é que não temos tempo para ler as informações, isto também era um bom indicador de qualidade. Provavelmente eles informam, mas eu nem sempre estou disponível para receber essas informações.

Quanto à forma como os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes, a Médica Especialista assegurou de forma claríssima que “controlam [a administração] toda a gente. Quando o trabalho é quantificável, é controlado automaticamente.”.

Relativamente à última questão desta dimensão sobre se considera que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, incentiva justifica o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental e se tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais, a Médica

Especialista, apenas afirmou que com a implementação do sistema informatizado melhorou bastante.

Por sua vez, a Médica, no que diz respeito a esta dimensão, limitou-se a revelar o seu total desconhecimento em todas as questões. Mesmo em relação à forma como é que os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes, a Médica revelou que não sabia como são avaliados e que tipo de controlo poderiam existir nos diferentes níveis hierárquicos. Similarmente, também a Enfermeira em relação a esta dimensão afirmou não ter conhecimento para responder a nenhuma das questões colocadas.

Em suma, verifica-se a utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. A sua utilização sugere ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995), dada a limitada interpretação, conforme demonstrado pelos colaboradores. Aliás, a transmissão da informação aos colaboradores é meramente passiva, por isso parece não estar a resultar. Ainda assim, foi reconhecido o seu possível contributo para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, corroborando assim as conclusões já obtidas aquando da realização do estudo empírico quantitativo, nomeadamente a Hipótese 6b, bem como contribuiu para sugerir a aceitação da Hipótese 7b, cujo teste de hipóteses havia sido inconclusivo para os hospitais privados.

8.2.12. Mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)

Esta dimensão contempla a obtenção de informação relativa à alteração dos sistemas de gestão e mensuração do desempenho à luz das dinâmicas de mudança do hospital e do seu meio envolvente. Neste sentido a investigadora procura, para além de tentar perceber a duração do sistema actualmente em vigor, entender os possíveis contributos ou constrangimentos da aplicação de avaliação, frequentemente o SIADAP. Esta dimensão contempla, ainda, se eventuais alterações no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva. Relativamente à primeira questão, o Director Financeiro respondeu peremptoriamente:

“Os hospitais nestes últimos 20 anos são como sistemas abertos, são dinâmicos e incorporam novos sistemas de gestão de forma constante.”.

Relativamente às mudanças no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, e quanto a se foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva, o Director Financeiro expressou a sua opinião alegando que existem atitudes tanto proactivas, como reactivas, referindo que:

“Existem situações que decorrem, nomeadamente no que respeita aos sistemas de gestão, em que as decisões são proactivas. Outras são de forma reactiva, são exemplos a decisões de tutela, decisões legais, regulamentos, entre outras”,

passando também, em seguida, a explicitar as proactivas:

No caso concreto das proactivas, no que respeita aos sistemas de gestão é utilizado um conjunto de indicadores para que se possam evitar certos acontecimentos indesejáveis. Se eu tiver um sistema de gestão atento à tendência de uma nova realidade, estou a fazer uma avaliação prospectiva, permitindo tomar medidas que eliminem ou pelo menos limitem os efeitos de certos acontecimentos que estão a acontecer e que são indesejáveis. Acontece com a análise dos desvios percebendo o porquê da sua existência e com a tentativa de correcção”.

Ainda relativamente a esta dimensão, os restantes inquiridos não revelaram nada mais que a investigadora considerasse interessante reportar.

Em termos gerais, parece haver uma preocupação genuína em relação ao acompanhamento dos processos de mudança, até porque foi possível apurar a existência de uma atitude não apenas reactiva, mas também proactiva. Reactiva em relação a decisões de tutela, decisões legais, regulamentos, entre outras. Proactiva no que respeita aos sistemas de gestão, utilizando um conjunto de indicadores para que se possam evitar certos acontecimentos indesejáveis.

8.2.13. Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)

Finalmente, na última dimensão do *framework*, utilizado em ambos os estudos de caso desta tese, de Ferreira e Otley (2009), a investigadora solicitou a todos os entrevistados para que fizessem uma descrição das ligações que fossem capazes de identificar entre as componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho e as possíveis vias em que estes pudessem ser utilizados, de acordo com as onze dimensões prévias. Questionou, ainda, a opinião dos inquiridos sobre a preocupação na adopção de atitudes inovadoras, por parte do hospital, que tipo de atitudes inovadoras consideram poderem terem sido adoptadas e o nível de inovação do hospital em causa.

Também quanto a esta dimensão, a investigadora pediu a opinião sobre se essa tal atitude inovadora poderia fundamentar a adopção de políticas de incentivos, bem como a existência de incentivos à formação dos recursos humanos. Deste modo, questionou se consideravam que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais e, por último, se estes achavam que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderia traduzir-se numa obtenção de resultados organizacionais.

Relativamente à preocupação do Hospital Público na adopção de atitudes inovadoras, o Director Financeiro argumentou positivamente:

“Sim, por tudo o acabamos de discutir. O ambiente hospitalar é por definição propício à inovação, existindo sempre a preocupação da inovação, independentemente de ser proactiva ou reactiva.”.

Já em relação ao tipo de atitudes inovadoras considera terem sido adoptadas, o Director Financeiro mencionou que em termos de gestão existem vários “talvez os exemplos mais importantes sejam: *tableau de bord* e o sistema de contratualização interno que inclui a fixação dos objectivos e a monitorização desses objectivos”, de seguida enfatizou que existe actualmente uma preocupação em os melhorar.

Relativamente à sua opinião, no que respeita a se tal atitude inovadora pode justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderá, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, o Director Financeiro respondeu afirmativamente, dizendo que: “Sim, sim claramente. É fundamental. O ser humano é por definição um ser que reage a estímulos e os incentivos são estímulos”.

Mais uma vez e agora relativamente à questão se considera que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, o Director Financeiro convictamente afirmou que sim, salientando porém que:

“De referir, contudo, que em saúde é muito, muito difícil estabelecer esses incentivos visto estes serem muito fáceis de perverter.”,

explicou em seguida o caso particular do sector da saúde:

“Pode-se dizer que na saúde não existe a soberania do consumidor, habitual numa organização empresarial comum, existe sim uma relação de agência uma vez que existe uma delegação das decisões dos pacientes no médico implicando a ‘indução da procura pelo prestador’.

Ainda em relação à dificuldade em implementar os incentivos e a facilidade em os perverter, o Director Financeiro foi mais longe e exemplificou, dizendo:

“Um caso extremo é quando o médico tem algum interesse económico em administrar/receitar alguma medicação, muito embora vá contra os princípios éticos e morais que prestou juramento, mas os princípios por vezes são diferentes da realidade.”.

Também na última questão, relativa à opinião se considerava que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, mais uma vez o director respondeu afirmativamente, declarando que “não tenho dúvida nenhuma que a resposta é claramente que sim.”.

Relativamente à opinião da Médica Especialista sobre a preocupação do hospital em adoptar atitudes inovadoras, esta de imediato respondeu afirmativamente. Porém, imediatamente a seguir, de modo habitual quanto ao perfil demonstrado ao longo da entrevista, não ficou por aqui, tecendo o seguinte comentário: “querem inovar, mas depois não permitem que a inovação ocorra.”. A médica argumentou que para inovar é necessário ter disponibilidade de recursos, nomeadamente dinheiro, e na sua opinião de momento a administração aparentemente quer inovar, “mas não podem.”. Quanto ao tipo de atitudes inovadoras que considera terem sido adoptadas, a Médica Especialista mencionou algumas técnicas cirúrgicas, mencionou também que a nível informático se verificaram melhorias inovadoras. Relativamente à sua opinião se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos, a Médica Especialista enfatizou a consciência de época de crise que o país atravessa dizendo: “por vezes nem pedimos incentivos, apenas o material.”.

Quanto a essa atitude de inovação justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a Médica Especialista fez questão de argumentar, dizendo: “não, pois se não permitem sequer a ida de médicos pagos por laboratórios, não me parece que andem a disponibilizar verbas para irmos a qualquer parte.”.

Quando confrontada se considerava que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, a Médica Especialista respondeu negativamente, realçando que apesar disso “sempre trabalhamos sem esse tipo de incentivos, apesar da desmotivação geral”. A cirurgia acabou em seguida por admitir: “é evidente que o bónus pode ser um estimulante, mas não é isso que fará o melhor funcionamento.” Já no que respeita à questão se considera que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, a especialista respondeu afirmativamente, argumentando:

“Sim, acho que é verdade. Mas não me parece que o hospital aposte na formação dos recursos humanos, muito devido à conjuntura económica.”.

Por último, tendo em conta esta interessante entrevista em que o espírito crítico foi uma constante, a investigadora questionou a Médica Especialista quanto a se considerava o

Hospital Público como uma organização bem sucedido, a qual resumiu a resposta da seguinte forma:

“No geral é um hospital bem sucedido. As pessoas são muito profissionais, são correctas e têm formação, mas a envolvente é mais complexa e há muita burocracia.”.

Agora em relação à Médica, e no que respeita à questão se considerava se o hospital se preocupava em adoptar atitudes inovadoras, esta respondeu afirmativamente, dando inúmeros exemplos:

“na área terapêutica, na área da educação para a saúde, na área científica, nas áreas de tecnologia em áreas médicas. Para além disso existe muita formação no hospital. Existe, também, uma preocupação em utilizar o *software* mais eficiente e acho inclusive que há uma preocupação para utilizar o *software* que mas agrada aos profissionais de saúde”.

De seguida, a Médica acrescentou:

“Por exemplo a actualização do *site*, as ideias de melhoria para o *site* eram muito inovadoras. Ideias direccionadas para a aproximação do hospital ao utente”.

Quanto à sua opinião se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderia, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a Médica foi bastante clara, dizendo:

“O médico tem um incentivo muito próprio: é o bem estar do doente. Logo a inovação é por si só um incentivo, o incentivo é o conseguir ajudar o doente”.

Em relação à questão se considerava se a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, a Médica também respondeu afirmativamente, resumindo que no caso de existir uma política de incentivo, não existiria tanta necessidade de trabalhar noutros

sítios. No fundo a Médica argumentou que com esses incentivos é promovida a dedicação do trabalho exclusivo. A Médica ainda acrescentou que:

“no caso de um médico ser exclusivo, seria não só ao doente em particular mas à estrutura em si, ao funcionamento global do hospital como um todo.”,

arrematando em seguida, enfatizando que:

“o foco do nosso trabalho seria aquele hospital, mas assim como isso não existe tenho que trabalhar em mais sítios, por isso no final do contrato vou para Berlim trabalhar.”.

Finalmente, a última questão, em que se pergunta se a Médica considera se a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, pergunta à qual a Médica respondeu mais uma vez afirmativamente, explicando que uma parte da missão do hospital é a prestação do melhor cuidado possível e ao apostar na formação está obviamente a promover essa missão. Completou a sua resposta, salientando a dificuldade subjacente da área médica, afirmando que:

“A formação é sempre essencial, mas num ambiente hospitalar talvez ainda mais, porque é sempre mais difícil devido à exigência, quando mais não seja por brio profissional, que ainda assim é muito presente na área médica. A responsabilidade inerente à profissão obriga à formação contínua.”

Por último, foi inquirida a Enfermeira que, quando questionada com a opinião se considerava que o hospital se preocupava em adoptar atitudes inovadoras, corroborou a opinião das suas colegas, afirmando que “em termos de inovação este hospital é muito bom, tem feito coisas muito boas.” Quanto à sua opinião se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos e se poderia, adicionalmente, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a resposta da Enfermeira foi que sim, salientando significativas melhorias e a existência de muitas oportunidades de formação no Hospital Público.

Quanto à opinião se tal atitude inovadora poderia justificar a adopção de políticas de incentivos, a Enfermeira acha que não. A Enfermeira mencionou a pouca evolução do hospital desde há 20 anos atrás e curiosamente foi de encontro ao que a Médica tinha dito, relativamente ao facto de muitos profissionais trabalharem em vários sítios simultaneamente, argumentando:

“Nós estávamos 20 anos atrás em relação a outros hospitais, estávamos muito pouco evoluídos, só há 10 anos atrás as coisas começaram a melhorar. Mas há muitos médicos e enfermeiros que trabalham noutros sítios (...). Se tivessem esse tipo de incentivos provavelmente já não tinham esse problema e dedicavam-se mais exclusivamente ao hospital. “

Por último, quando questionada se considerava que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, a Enfermeira retorquiu claramente que “sim, é fundamental”.

Em termos de apreciação global quanto à evidência recolhida para esta dimensão, constata-se que os inquiridos acabaram por corroborar ideias e conclusões já retiradas em dimensões anteriores. Mas também foram adicionados novos contributos. Para além da reafirmação com a preocupação em manter uma atitude inovadora, ajustada à mudança, tanto recorrendo a uma abordagem reactiva, como proactiva, também se retiraram contributos que auxiliam à clarificação de alguns testes de hipóteses conduzidos na parte de examinação quantitativa. Mais notoriamente, em relação à hipótese 4a, cujo teste se havia revelado inconclusivo, os inquiridos consideraram que a adopção de uma atitude inovadora poderá justificar efectivamente a adopção de políticas de incentivos. Deste modo, foi reforçada a ideia da possível aceitação desta hipótese, que foi considerada anteriormente inconclusiva, dado só ter sido possível a sua aceitação num grau de confiança de 90%.

Em relação à hipótese 4b, cujo teste de hipótese também havia sido inconclusivo, os inquiridos também consideraram que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados

organizacionais, sendo até referida a vantagem de os profissionais poderem assim eventualmente dedicar-se em exclusividade ao hospital.

Contudo, no tocante à hipótese 5a, que relaciona a possibilidade de uma atitude inovadora poder justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a situação continua por clarificar, dado ter sido recolhida evidência inconsistente. Se é verdade que o Director Financeiro concorda, não é menos verdadeiro que os demais colaboradores discordam, pois deparam-se com um hospital que é, no mínimo, moderadamente inovador, mas que, contudo, oferece muito poucas condições para melhorar a formação dos seus colaboradores, conforme foi referido pelos próprios durante as entrevistas.

8.3. Discussão compreensiva dos estudos de caso: dicotomia público versus privado

Abordando comparativamente os resultados dos estudos de caso para o Hospital Público versus Hospital Privado, poder-se-á argumentar que talvez sejam mais as semelhanças que as diferenças. Na Tabela 8.1, apresentada imediatamente abaixo, é oferecida uma avaliação preliminar sumária, correspondente às doze dimensões adaptadas do enquadramento de Ferreira e Otley (2009).

Tabela 8.1. Avaliação das dimensões de análise dos estudos de caso para o Hospital Privado versus Hospital Público

Dimensão	Hospital Privado	Hospital Público
1. Visão, Missão e objectivos	+	+
2. Factores-chave para o sucesso	-	-
3. Estrutura organizacional	+	+
4. Estratégias e planos	-	+
5. Medidas-chave de desempenho organizacional	-	+
6. Definição de metas	-	-
7. Avaliação de desempenho	-	+
8. Sistemas de recompensa	+	-
9. Fluxos de informação, sistemas e redes	-	-
10. Utilização dos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)	+	+
11. Mudanças nos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)	-	+
12. Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)	+	+

Em termos de interpretação da tabela de avaliação sumária, deve-se ter em consideração que um sinal positivo não configura necessariamente uma situação óptima, mas uma condição que foi considerada pelo menos satisfatória, tendo em conta a complexidade do sector. Quando os sinais da avaliação realizada diferem para as duas organizações em apreço, não é necessariamente considerada a dimensão da clivagem, i.e. não se deve interpretar liminarmente nem que uma possa ser muito boa, ao invés da outra, que possa ser muito fraca.

Note-se também que a interpretação plena da informação contante na Tabela 8.1 só é possível se acompanhada da leitura da evidência e conclusões retiradas para cada uma das dimensões em apreço. Para uma interpretação compreensiva, recomenda-se a consulta da tabela constante no Anexo E, onde se apresentam detalhadamente os aspectos fundamentais em relação às dimensões consideradas no âmbito do *framework* adoptado, para a organização hospitalar privada versus pública; ou então, a leitura mais simplificada desta secção que agora se inicia, e cuja informação é mais sucinta do que a apresentada na tabela em anexo. Deste modo, observe-se assim em seguida as principais conclusões para cada uma das dimensões examinadas.

Quanto à visão, missão e objectivos, constata-se que ambas as organizações preocuparam-se em ter definições formais e objectivos programados. Em concreto, quanto à visão e missão, ambas pretendem ser líderes na área geográfica de acção, procurando o reconhecimento da comunidade. Também partilham a preocupação com a qualidade e a satisfação do utente, bem como com a prestação diversificada de serviços médicos. Tanto no Hospital Privado, como no Hospital Público, a transmissão destes conceitos é feita de modo informal.

No que respeita aos factores-chave para o sucesso, estes não parecem estar claramente definidos em ambas as organizações, verificando-se também a existência de deficiências ao nível da sua transmissão. Entre os factores-chave referidos, para o Hospital Privado contam-se a tradição da instituição e a experiência dos profissionais, aposta na qualidade do serviço e estabelecimento de parcerias/protocolos, foco nas necessidades das populações e complementaridade com a oferta do SNS, bem como o equilíbrio financeiro. Para o Hospital Público, foram mencionados como críticos cinco factores: conhecimento, bom senso, luta pelos consensos, motivação e trabalho.

Relativamente à estrutura organizacional, os dois hospitais utilizam uma estrutura horizontal. Em geral, a utilização de uma estrutura horizontal foi vista como vantajosa por ambos os hospitais, por ser mais flexível e permitir diminuir a clivagem entre a direcção e os colaboradores. Também em ambos, a estrutura tem influência no seu próprio desenho, interagindo com o processo de gestão estratégico. No Hospital Privado, a direcção clínica é dirigida por um médico, a enfermagem por um enfermeiro, a farmácia por um farmacêutico e a direcção técnica do lar por um assistente social. No Hospital Público, a administração engloba um médico, um enfermeiro e um administrador, sendo que o director clínico providencia orientações aos médicos; e uma enfermeira directora supervisiona os enfermeiros. Relativamente à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluírem tanto aspectos de RMP como CMP, ou seja incluírem tanto a mensuração de desempenho clínico como da gestão, foi mencionada a importância de ambos, particularmente no Hospital Privado. Esta sugestão reforça a construção teórica realizada anteriormente nesta tese, que provou ser de interesse tanto para o estudo quantitativo, como qualitativo. Em relação à ligação da estrutura com a estratégia organizacional, a dimensão que se segue, os estudos de caso

permitiram compreender que as preocupações estratégicas são essencialmente de curto prazo.

No seguimento da estrutura, seguem-se as estratégias e planos, para os quais os hospitais, conforme referido acima, visam sobretudo as questões mais do foro operacional do que propriamente estratégico, sem grande alcance temporal, portanto mais centradas no curto prazo, ainda que exista planeamento de médio prazo no Hospital Público. As estratégias e planos são definidos pela administração, sendo transmitidos apenas aos responsáveis dos serviços e quadros superiores. Ainda também para ambos os hospitais, a transmissão é essencialmente informal. As estratégias do Hospital Privado passam pelo acompanhamento da evolução do sector da saúde, através do desenvolvimento de novos projectos, apostando também na diversificação e competição via complementaridade com a oferta existente no sector. Por sua vez, o Hospital Público aposta e inclui investimentos na melhoria e modernização das instalações, com vista à obtenção de maior qualidade na prestação dos serviços, salientando-se que a organização está a concluir um processo de acreditação. A estratégia foca a cultura da eficiência, através da adopção de atitudes sustentáveis, que são definidas em plano interno discutido pelos serviços e têm como objectivo a redução de custos. O hospital procura não apenas a sustentabilidade financeira, mas também a ambiental, em modo de complementaridade. Entre as medidas com impacto ambiental foram referidas: o controlo de temperaturas, o controlo de resíduos, reciclagens, tratamento de resíduos, a redução de consumos de energia e cogeração. Note-se que o Hospital Público possui planos formais, sendo de destacar a realização de planos estratégicos trianuais. Em termos de comparação global, pode-se argumentar que as estratégias e planos estão muito mais bem definidas no Hospital Público do que no Hospital Privado.

No que se refere às medidas-chave de desempenho organizacional, ambas as organizações utilizam indicadores eminentemente de índole financeira, tendo sido também apurada no Hospital Público a existência de um sistema composto por indicadores não financeiros, mas quantificáveis, compreendendo métricas de qualidade, acessibilidade e eficiência. Em ambos os hospitais o horizonte temporal dos indicadores é de curto prazo, geralmente um ano. Não há utilização do BSC, apenas informação do

tipo *Tableau de Bord*. Parece haver transmissão das medidas sobretudo ao nível da classe médica e apenas do Hospital Público, que em geral também apresenta um nível superior de medidas-chave de desempenho. No entanto, em ambas as organizações foi assinalada a dificuldade inerente à subjectividade de muitos indicadores, resultante da especificidade intrínseca da prestação de serviços no sector da saúde.

As metas organizacionais são definidas pelos administradores, contudo existem lacunas na sua transmissão. São consideradas mais fáceis de alcançar no Hospital Privado do que no Hospital Público, embora pareçam existir mais metas no segundo do que no primeiro. Em geral, os colaboradores consideram as metas demasiado subjectivas.

A avaliação de desempenho é informal no Hospital Privado. Em concreto, existem processos informais em que está implícita a avaliação de desempenho. Apesar de não existir um sistema formal de avaliação de desempenho, são realizadas, avaliações objectivas e baseadas em números, embora não extensivas a todos os níveis da organização, afigurando-se um processo discricionário. Ao nível do Hospital Público, a avaliação de desempenho a nível individual está baseada no SIADAP, embora existam outros tipos de avaliações, realizadas fora o âmbito da administração do hospital, como é o caso da tutelada pela ARS. Tal como no Hospital Privado, o processo de avaliação não é abrangente, pois não considera todas as categorias de profissionais. Contudo, existem avaliações combinadas, podendo ser realizadas avaliações de grupo, ao nível do serviço clínico. As avaliações são tanto quantitativas, no que respeita a “tipos de desempenho”, como qualitativas, no que respeita às “competências”. Quanto à importância da informação formal e informal, apurou-se que apenas é considerada importante a informação formal e com regras. As avaliações são essencialmente objectivas, sendo consideradas bem transmitidas. No âmbito do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), a avaliação de desempenho existente no Hospital Público parece ser do tipo participativo, pelo menos ao nível da execução.

A análise da dimensão dos sistemas de recompensa revelou-se curiosa. Ao nível do hospital Privado, apesar de não existir um sistema de avaliação formal, apurou-se, no entanto, a existência de um sistema de recompensa, ainda que limitado e acessível a apenas alguns quadros da instituição. Algumas recompensas confundem-se com

benefícios do tipo *fringe benefits*, tais como seguros de saúde, ou apoios à formação. Mas também existem prémios financeiros que, ainda que mencionados como atribuídos em função do mérito, a sua atribuição parece enfermar de total discricionariedade, não abrangendo toda a estrutura de colaboradores, resultando num compreensível desconforto por parte dos excluídos. Ao nível do Hospital Público, a situação é ainda mais caricata, pois apesar de existirem sistemas de avaliação de desempenho em vigor, não existem, contudo, sistemas de recompensa implementados, parecendo também não existirem penalizações. Naturalmente que foi apreendida a frustração dos colaboradores, mesmo havendo o reconhecimento que tal situação se justifica também com a actual conjuntura económica.

Noutra vertente de enquadramento dimensional, ao nível dos fluxos de informação, sistemas e redes, apesar de se ter observado a sua existência em ambas as organizações, ficou, contudo, a percepção de que não são muito extensos, bem como de que existe um certo subaproveitamento dos mesmos.

A utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho também foi atestada para os dois hospitais, apurando-se a utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. A sua utilização parece ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995). Reconhece-se assim o possível contributo da sua utilização para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, corroborando assim as conclusões já obtidas aquando da realização do estudo empírico quantitativo, nomeadamente a Hipótese 6b, bem como contribuindo para sugerir a aceitação da Hipótese 7b, cujo teste de hipóteses havia sido inconclusivo para os hospitais públicos. Contudo, é de ressaltar que a transmissão da informação aos colaboradores é eminentemente passiva e parece ser insuficiente, resultando numa interpretação limitada por parte dos mesmos.

Em relação à dimensão das mudanças nos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, ela parece assumir-se como mais problemática no Hospital Privado, não tendo sido possível retirar ilações significativas. Quanto ao Hospital Público, parece haver uma preocupação genuína em relação ao acompanhamento dos processos de mudança, até porque foi possível apurar a existência de uma atitude não apenas reactiva, mas também proactiva. Reactiva em relação a decisões de tutela, decisões legais,

regulamentos, entre outras. Proactiva no que respeita aos sistemas de gestão, utilizando um conjunto de indicadores para que se possam evitar certos acontecimentos indesejáveis.

Finalmente, em relação à coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho, regista-se o esforço e a preocupação em acompanhar os desenvolvimentos no sector, mesmo que limitados por condicionantes diversas, particularmente a nível financeiro.

8.4. Comentários finais

Com este capítulo conclui-se a análise dos estudos de caso iniciada no capítulo anterior. Os estudos de caso foram realizados em duas organizações hospitalares portuguesas que, apesar de terem natureza jurídica totalmente diferente, dado uma operar na esfera do sector privado, enquanto que a outra pertence à esfera empresarial do Estado Português, parecem evidenciar mais semelhanças do que diferenças. É claro que existem clivagens claras e diversas nuances entre ambas, mas a matiz principal sugere ser genérica, talvez devido à força da natureza específica se sobrepor às diferenças jurídicas e filosóficas entre ambas. O processo de empresarialização do sector público, em geral, e do sector hospitalar, em particular, poderá também oferecer uma boa justificação, conforme já abordado no início desta tese.

Não se pretende com esta apreciação genérica escamotear as diferenças encontradas entre o Hospital Privado e o Hospital Público, até porque é na análise das diferenças que reside um dos principais pontos de interesse desta tese. De facto, as diferenças pronunciadas não só existem, como são deveras curiosas.

O Hospital Público apresenta estratégias e planos, medidas-chave de desempenho organizacional e um sistema de avaliação de desempenho que se podem considerar de nível superior, quando comparado com o Hospital Privado. Contudo, este fio condutor acaba por conduzir a quase nada, ao esbarrar com a ausência total de um sistema de recompensa. Pobre do burro que tem de carregar sabendo que nem uma saborosa cenoura terá para o recompensar depois.

Por outro lado, o Hospital Privado, não prima pela excelência do desenho e definição de estratégias e planos, factores-chave para o sucesso, medidas-chave de desempenho organizacional, nem tão pouco dispõe de um sistema de avaliação de desempenho formal. Contudo, acaba por dispor de diversos sistemas de recompensa que, apesar de limitados, oferecem um culminar a um processo, cujo fio condutor é claramente mais frágil do que no Hospital Público.

Deste modo, poder-se-á argumentar que a análise da dimensão dos sistemas de recompensa terá sido talvez a mais desapontante dos estudos de caso, pelo menos ao nível do Hospital Público.

Mas as conclusões não se ficam por aqui. Como se pode apreciar ao longo dos capítulos 7 e 8, existe muita evidência, não sendo exequível resumir de modo compreensivo nestas notas finais. De qualquer modo, o essencial já foi discutido na secção anterior. No entanto, vale a pena explicitar que os contributos dos estudos de caso não se limitaram à aplicação da literatura, como é o caso de Ferreira e Otley (2009), ou à corroboração da mesma, como é o caso da questão dos contributos da inovação argumentados por Abernethy e Lillis (2001), ou do desenho organizacional de Govindarajan (1988). Efectivamente, também foi possível captar com o estudo qualitativo que as organizações preocupam-se em manter uma atitude inovadora, ajustada à mudança. No caso do Hospital Público, foi possível apurar que tal atitude é praticada, tanto recorrendo a uma abordagem reactiva, como proactiva. Deste modo, os contributos dos estudos de caso auxiliaram à clarificação de alguns testes de hipóteses conduzidos na parte de examinação quantitativa. Mais notoriamente, em relação à hipótese 4a, cujo teste se havia revelado inconclusivo, os inquiridos consideraram que a adopção de uma atitude inovadora poderá efectivamente justificar a adopção de políticas de incentivos, reforçando a ideia da possível aceitação desta hipótese.

Em relação à hipótese 4b, cujo teste de hipótese também havia sido inconclusivo, os inquiridos consideraram que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, sendo até referida a vantagem de os profissionais poderem eventualmente dedicar-se em exclusividade ao hospital.

Contudo, no tocante à hipótese 5a, que relaciona a possibilidade de uma atitude inovadora poder justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a situação continua por clarificar, dado ter sido recolhida evidência inconsistente. Se é verdade que pode haver concordância por parte dos órgãos de gestão, não é menos verdadeiro que os colaboradores discordam, pois deparam-se com uma organização que oferece fracas condições para melhorar a formação dos seus colaboradores.

De seguida passa-se às conclusões finais da tese, em que se aprofundará a apreciação global de todo o trabalho, sintetizando os contributos da literatura e dos estudos quantitativo e qualitativo realizados.

Capítulo IX: Conclusões

9.1. Introdução

Com o capítulo final desta tese chega o epílogo, marcado pela apresentação das conclusões globais, bem como de outros considerandos. Trata-se do culminar de uma epopeia de investigação, uma longa sequência de investigação, com diversas fases de desenvolvimento teórico e empírico. A complexidade da actividade médica, na sua componente organizativa, é tudo menos fácil de analisar. A necessidade de decomposição da examinação obriga a compreender vertentes diversas, que se tornam impossíveis de analisar compreensivamente e em profundidade, por uma mera razão de razoabilidade de escala, de delimitação do âmbito de análise. Sem prejuízo deste facto, nesta tese desenvolveram-se diversas vertentes de análise, ainda que necessariamente com diferentes graus de profundidade.

No âmbito teórico, aprofundou-se o estudo dos desenvolvimentos genéricos ocorridos nas últimas décadas na investigação das práticas de contabilidade, gestão e controlo, bem como também se procedeu especificamente ao aprofundamento da análise do sector hospitalar em Portugal. Este desenvolvimento teórico e de revisão de literatura contribuiu para suportar a consecução dos estudos empíricos.

Naturalmente que a realização de estudos de índole empírica requiere a utilização de metodologia apropriada e específica. Dado esta tese recorrer a dois tipos de estudos empíricos de diferente natureza, também foi necessário adoptar diferentes abordagens metodológicas. Deste modo, no quarto capítulo apresentou-se a metodologia de análise utilizada no desenvolvimento do estudo quantitativo, conjuntamente com as perguntas de investigação de partida; enquanto que no Capítulo VII se inscreveu a metodologia de análise dos estudos de caso.

A realização do estudo quantitativo obedeceu a um conjunto de requisitos, desde modelação até validação estatística, pelo que foram preparados capítulos específicos que permitiram a apresentação estruturada do estudo. Deste modo, em relação ao estudo

quantitativo, que foi realizado a partir da análise de um conjunto de questionários, para além do capítulo da metodologia, também se preparou um capítulo específico em que se desenvolveram as hipóteses de investigação, suportadas por revisão de literatura adicional. Finalmente, um outro capítulo, o sexto da tese, seria elaborado para proceder à análise da evidência quantitativa obtida a partir dos questionários. Com este capítulo, pode-se afirmar que se concluiu a primeira parte da tese, conducente à realização de um estudo de natureza quantitativa.

Assim sendo, pode-se concluir que com o capítulo VII se inicia também um novo “tomo” da tese, agora centrada numa abordagem qualitativa, com o desenvolvimento de dois estudos de caso. É claro que estas duas partes da tese não estão separadas por uma divisão estanque. Muito pelo contrário. A título de exemplo, muita da bibliografia referida nos capítulos iniciais da tese, não suporta apenas os pressupostos e conclusões do estudo quantitativo, mas também os do estudo qualitativo, ainda que tal nem sempre esteja explícito. Também uma parte do desenho dos estudos de caso está relacionada com o estudo empírico qualitativo, relacionando-os assim directamente em algumas vertentes.

Após a apresentação dos estudos de caso, nos capítulos imediatamente anteriores, segue-se agora neste capítulo a discussão das conclusões globais da tese. Após a apresentação das principais limitações da tese, segue-se a discussão global dos resultados e dos contributos de toda a investigação realizada, bem como se apresentam sugestões para investigação futura.

9.2. Limitações

Como em qualquer investigação, também esta tese se baseia em pressupostos que poderão ser discutíveis, para além de que a tese também assenta ela própria nos seus méritos.

Também é importante ter presente que as conclusões retiradas a partir desta tese estão condicionadas à amostra que foi possível recolher a partir dos questionários recebidos pela investigadora, bem como estão condicionadas à escolha das organizações

hospitalares que participaram nos estudos de caso. Não menos importante, uma vez que são expressas diversas conclusões em relação às organizações hospitalares públicas *versus* privadas, a investigadora quer reafirmar o seu distanciamento em relação a quaisquer ideologias que possam justificar a preferência por qualquer uma destas esferas. Deste modo, em jeito de *disclaimer*, assevera-se aqui que esta tese foi elaborada a partir de um prisma de total isenção, porquanto a investigadora assume total independência em relação ao sector da saúde, não tendo *a priori* qualquer ideia pré-concebida, preconceito, ou preferência em relação às diversas temáticas aqui abordadas, estando também totalmente colocada de parte qualquer intenção de fazer qualquer espécie de apologia.

O facto de a tese ter sido originalmente concebida para a condução apenas de um estudo empírico quantitativo também serve de limitação a vários níveis. Primeiro, significa então que a realização dos estudos de caso só foi realizada mais tardiamente, quando toda a investigação estava já estruturada e quase totalmente concluída na sua vertente quantitativa. Dado a tese já contar com bastantes capítulos, bem apresentando também um tamanho já considerável, foi assim decidido incorporar os estudos de caso em dois capítulos apenas, incluindo a própria metodologia. Naturalmente que tal também limitou o espaço de manobra para uma maior descrição do *framework* adoptado, bem como para adicionar mais literatura de suporte. Portanto, assume-se aqui o carácter algo minimalista, do ponto de vista de suporte teórico, dos estudos de caso, que assumem também uma faceta de complementaridade, ainda que parcial, em relação ao estudo quantitativo. Aliás, convém ter presente esta condição, pois considera-se aqui relevante que haja uma ligação entre as duas partes fundamentais da tese, mas assumem-se também as respectivas diferenças e idiossincrasias, pelo que há que ter presente que não se pretendia uma integração plena entre o estudo quantitativo e o qualitativo.

A própria adopção do *framework* de Ferreira e Otley (2009) para os estudos de caso também pode ser discutida, apesar de terem sido apresentadas razões justificativas no Capítulo VII. Idem para a escolha dos hospitais sobre os quais recaiu o estudo de caso. Uma vez mais assume-se que esta tese também assenta nos seus próprios méritos,

apresentando as suas próprias bases de sustentação, que não são naturalmente isentas de possíveis discussões.

Finalmente, é claro que se desejaria ter trabalhado com uma amostra maior de questionários, sobretudo com um maior número de hospitais privados, de modo a reduzir o mais possível a possibilidade de trabalhar com dados enviesados. Contudo, tal número reduzido tão pouco impediu o tratamento estatístico que se pretendia realizar. Adicionalmente, também reflecte a dimensão do país e a capacidade do sector privado, que não é comparável à do Estado Português.

9.3. Discussão global dos resultados e sugestões de investigação futura

Com esta tese, aprofundou-se o estudo dos desenvolvimentos ocorridos nas últimas décadas na investigação das práticas de contabilidade, gestão e controlo, tendo-se discutido questões conceptuais diversas, desde genéricas, como o processo de empresarialização das entidades públicas, a contabilidade de gestão e o controlo de gestão, ou os dilemas da avaliação de desempenho; até específicas, relacionadas directamente com o objecto da tese, como é o caso do estudo das práticas da contabilidade de gestão no sector hospitalar. Esta abordagem teórica foi importante para a tese, pois contribuiu para suportar diversos pressupostos utilizados tanto no estudo empírico quantitativo, como qualitativo.

Continuando com a vertente teórica e de revisão da literatura, também se procedeu ao aprofundamento da análise do sector hospitalar em Portugal. Ao realizar-se o enquadramento genérico do sector hospitalar, salientando a sua relevância e características, proporcionou-se compreender a evolução tanto ao nível do sector privado, como do público, que sofreu mudanças adicionais decorrentes da necessidade de incrementar a implementação de modelos de empresarialização no sector público, como os respectivos desafios que tal mudança acarreta. Também este enquadramento se revestiu da maior importância para a compreensão da dialéctica público *versus* privado, cujas diferenças, afinal, não parecem tão pronunciadas como talvez inicialmente se pensasse, sendo talvez devido sobretudo ao esforço de empresarialização dos hospitais

públicos, um fenómeno que já vem sendo estudado há vários anos por vários autores, tais como Ribeiro (2004).

Mas é claro que a análise dos principais desafios da gestão hospitalar, acompanhados da evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, não pode deixar também de contemplar a análise das principais mudanças internacionais ao nível da gestão do sector hospitalar. Neste âmbito, foram recolhidos contributos diversos ao nível do impacto das tendências de empresarialização a nível internacional (e.g. Ganglff, 2009), e mais especificamente abordados aspectos directamente relacionados com o sector da saúde, independentemente da dicotomia público/privado (e.g. Martensson, 2007). É que se a evolução a nível internacional e nacional teve particular incidência na análise da evolução recente do sector hospitalar público em Portugal, que tem vindo a sofrer transformações significativas na última década, porém, também, não se pode ignorar a evolução ocorrida no sector privado. Deste modo, justificou-se efectuar uma análise a nível internacional, investigando as principais tendências no que respeita ao financiamento dos sistemas de saúde, bem como analisando as preocupações das organizações internacionais. Verificou-se que a questão fulcral é comum a todos os países, *i.e.* qual a forma de garantir um sistema de saúde de cobertura universal e viável do ponto de vista financeiro, mantendo simultaneamente elevados níveis de qualidade e equidade dos serviços.

Do ponto de vista dos principais contributos que a investigação realizada nesta tese oferece tanto para o conhecimento, como para a literatura, ao nível do estudo quantitativo destaca-se a aceitação da generalidade das hipóteses que foram concebidas e sujeitas a testes estatísticos, corroborando assim também evidência constante na literatura. Por exemplo, tal como em Abernethy e Lillis (2001), assinala-se a existência de uma relação positiva entre uma ênfase estratégica na inovação de serviço e a extensão de autonomia delegada para unidades hierarquicamente inferiores; bem como entre o nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho do órgão hospitalar profissional; ou o entre nível de autonomia e a extensão da avaliação do desempenho da gestão clínica. Deste modo, pode-se não apenas corroborar genericamente os resultados obtidos por Abernethy e Lillis (2001), como também sugerir a extrapolação de que a realidade dos hospitais portugueses não difere

significativamente dos australianos, pelo menos nas vertentes que foram analisadas nesta tese, a nível do estudo empírico quantitativo. Até porque o estudo foi realizado na Austrália numa época em que os hospitais tinham sido sujeitos à aplicação de mudanças com base em reformas destinadas a incentivar e implementar sistemas para melhorar a eficiência. Um enquadramento muito semelhante ao registado em Portugal aquando da realização do trabalho de campo, do estudo empírico.

No entanto, a partir do estudo quantitativo, não foi possível concluir quanto à possível aceitação de algumas hipóteses, nomeadamente as 3a, 4a e 4b, que se relacionam com a existência de sistemas de avaliação de desempenho e políticas de bónus. O facto de apenas um reduzido número de hospitais da amostra empregarem políticas de bónus e sistemas de avaliação de desempenho, será provavelmente a justificação para tais resultados inconclusivos. Contudo, neste caso a realização dos estudos de caso ofereceu um contributo muito interessante, auxiliando ao esclarecimento de alguns testes de hipóteses conduzidos na parte de examinação quantitativa. Mais notoriamente, em relação à hipótese 4a, cujo teste de hipóteses se havia revelado inconclusivo. A partir dos estudos de caso, foi possível apurar que os inquiridos consideraram que a adopção de uma atitude inovadora poderia efectivamente justificar a adopção de políticas de incentivos, reforçando a ideia da possível aceitação da hipótese 4b. Situação semelhante também foi registada em relação à hipótese 4b, cujo teste de hipótese também havia sido inconclusivo. Contudo, os inquiridos nos estudos de caso consideraram que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência poderia resultar na obtenção de resultados organizacionais, sendo até referida a vantagem de os profissionais poderem assim dedicarem-se mais ao serviço no hospital.

Mas os contributos dos estudos de caso, realizados à luz do *framework* de Ferreira e Otley (2009), não se ficam pelo esclarecimento de testes de hipóteses inconclusivos. Também serviram para corroborar resultado obtidos no estudo quantitativo. E também serviram para trazer nova evidência à colação. Por exemplo, à imagem do estudo quantitativo, também foi incluído no enquadramento de Ferreira e Otley (2009) a questão da utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho. O seu uso foi atestado para os dois hospitais, apurando-se a utilização efectiva de

informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. No âmbito do trabalho de Simons (1995), a sua utilização parece ser sobretudo do tipo diagnóstico. Deste modo, identifica-se assim o possível contributo da respectiva utilização para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, corroborando assim as conclusões do estudo empírico quantitativo, nomeadamente a Hipótese 6b, bem como contribuindo para sugerir também a aceitação da Hipótese 7b, cujo teste de hipóteses havia sido inconclusivo para os hospitais públicos.

Outro dos contributos originais da investigação quantitativa, que sem dúvida contribui para mitigar o *gap* que existe na literatura em Portugal, é que apesar de o sector hospitalar privado parecer operar com níveis ligeiramente superiores de eficiência e eficácia, em relação ao sector público, na verdade as diferenças não parecem ser significativas. No entanto, apesar disso, é de salientar que em termos médios, as organizações hospitalares privadas apresentaram níveis superiores de inovação organizacional, autonomia estrutural, enfoque nos resultados organizacionais, tanto ao nível da eficácia como da eficiência, política de formação, bem como da possibilidade de ganhos de eficácia devido à sua existência, maior ênfase estratégica na inovação/adopção de sistemas de informação e controlo, bem como superior desempenho e contribuição dos mesmos. Em síntese, os coeficientes médios de resposta para todas as variáveis são superiores nas organizações hospitalares privadas, sendo tal cenário sido corroborado e validado por outras estatísticas descritivas, tais como as medianas e o desvio padrão. Mas não tendo sido tal superioridade validada pelos testes às diferenças das medianas, não se pode então argumentar abertamente neste sentido, pelo menos do ponto de vista de confiança estatística.

Curiosamente, na comparação realizada a partir dos estudos de caso entre o Hospital Público e o Hospital Privado, o *outcome* foi contrário ao estudo quantitativo, pois o Hospital Público apresenta uma ligeira superioridade em relação ao privado, no âmbito da análise comparativa das doze dimensões do enquadramento de Ferreira e Otley (2009). Mas também aqui a vantagem não é decisiva, até porque o Hospital Público falha no essencial, nem sequer possui qualquer sistema de recompensa, ao contrário do Hospital Privado.

Apesar dos contributos proporcionados pelo estudo de inquérito e pelos estudos de caso, ainda ficam algumas questões em aberto, que podem constituir interessantes tópicos para investigação futura.

Por exemplo, no estudo qualitativo foi largamente mencionada a importância dos valores, e não apenas da visão, missão, ou objectivos. A natureza humana intrínseca da actividade hospitalar torna-a, portanto, única. Deste modo, parece poder ser interessante tentar focar uma investigação no papel e importância dos valores humanos e médicos, conjuntamente com a delicada interacção com os, normalmente desumanos, imperativos ao nível dos resultados organizacionais, como é o caso da procura crescente da eficácia e, sobretudo, da eficiência.

Outra sugestão de investigação futura, seria tentar encontrar um hospital que tivesse simultaneamente em vigor sistemas formais de avaliação de desempenho e sistemas de recompensa, de modo a procurar realizar um estudo de caso com conclusões ainda mais cabais. É sabido que tal deverá ser impossível actualmente no sector hospitalar público, pois apenas algumas equipas médicas de “elite”, muito especializadas, é que ainda têm direito a recompensas, mas pode ser possível que exista no sector privado.

9.4. Comentários finais

A realização desta tese resultou ser bastante enriquecedora, pois permitiu não apenas um maior conhecimento do sector hospitalar como um todo, mas também propiciou um contacto directo com as organizações hospitalares e com os seus agentes, o que se traduziu, sem dúvida, numa experiência académica, e até pessoal, muito enriquecedora.

Para terminar, fica a tentativa de tentar responder às questões de partida, bem mais genéricas do que as hipóteses formuladas para o inquérito, ou do que as dimensões do enquadramento utilizado nos estudos de caso. Em relação à primeira questão, quais as práticas de gestão, de contabilidade e de controlo de gestão mais utilizadas nos hospitais portugueses, podemos afirmar que existe uma preocupação efectiva com a adopção de atitudes inovadoras e de delegação, possibilitando o recurso à autonomia

estrutural e à flexibilização de estruturas organizacionais do tipo horizontal. Em relação à segunda parte da questão, *i.e.* se aquelas práticas podem contribuir para a obtenção de resultados organizacionais, no âmbito da possível adopção de atitudes inovadoras, a resposta é afirmativa, em linha com a literatura (Govindarajan, 1988; Abernethy e Lillis, 2001).

Em relação à segunda questão, como é que os sistemas de controlo de gestão e as políticas de incentivos e formação estão a ser utilizados nos hospitais portugueses, bem como qual a interpretação que as pessoas que os utilizam fazem deles, também no âmbito da avaliação e obtenção de possíveis resultados organizacionais, a situação já não é tão clara. Em relação aos sistemas de controlo de gestão, eles parecem estar a ser razoavelmente utilizados e aproveitados. Também se pode atribuir nota positiva à política de formação. Contudo, já quanto às políticas de incentivos, elas não parecem estar a ser efectivas, nem tão pouco parecem ser bem acolhidas pelos colaboradores, que demonstraram grande dificuldade de interpretação. A inexistência de sistemas de recompensa nos hospitais públicos agrava ainda mais a percepção negativa de muitos profissionais. A dificuldade de interpretação também se estende aos sistemas de controlo de gestão, pois o seu *output* é genericamente mal interpretado, pelo menos ao nível da avaliação do desempenho. A contribuir para a justificar tal facto estará certamente a subjectividade resultante das próprias características intrínsecas da actividade de prestação de serviços de saúde.

Referências

- Abernethy, M. A. e E. Vagnoni, (2004), “Power, organization design and managerial behaviour”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, pp. 207-225.
- Abernethy, M. A. e A. M. Lillis, (2001), “Interdependencies in organization design: a test in hospitals”, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 13, pp. 107-225.
- Abernethy, M. A. e W. F. Chua, (1996), “A field study of control system “redesign”: the impact of institutional processes on strategic choice”, *Contemporary Accounting Research*, Vol. 13, pp. 596-606.
- Abernethy, M. A., (1996), “Physician and resource management: the role of accounting and non-accounting controls”, *Financial Accountability and Management*, Vol. 2, pp. 142-156.
- Abernethy, M. A. e A. M. Lillis, (1995), “The impact of manufacturing flexibility on management control system design”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20 (May), pp. 241-258.
- Abernethy, M. A. e J. U. Stoelwinder, (1995), “The role of professional control in the management of complex organizations”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, Nº 1, pp. 1-17.
- Abernethy, M. A. e J. U. Stoelwinder, (1991), “Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the “fit” hypothesis in not-for-profit hospitals”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 16, Nº 2, pp. 105-120.
- Administração Central do Sistema de Saúde, (2008). Desempenho económico-financeiros dos hospitais EPE e 10 maiores hospitais SPA. Ministério da Saúde, Lisboa, Fevereiro.
- Agrizzi, D., (2008), “Assessing english hospitals: contradiction and conflict”, *Journal of Accounting & Organizational Change*, Vol. 4, Nº 3, pp. 222-242.
- Ahrens, T. e C. Chapman, (2007), “Theorizing Practice in Management Accounting Research”, *Handbook of Management Accounting Research*, Vol. 1. pp. 99-112

Almeida, R. T. e P. Carlsson, (1996), “Severity of a Case for Outcome Assessment in Health Care - Definitions and Classifications of Instruments”, *Health Policy*, Vol. 37, Nº 1, pp. 35-52.

American Accounting Association, (1971), “Report of the Committee on Accounting Theory Construction and Verification”, *The Accounting Review*, Vol. 46(Supplement), pp. 53-63.

American Accounting Association, (1966), *A Statement of Basic Accounting Theory*: American Accounting Association.

American Institute of Certified Public Accountants, (1970), “Basic Concepts and Accounting Principles Underlying Financial Statements of Business Enterprises. Accounting Principles Board”, *Accounting Principles Board Statement*, Vol. 4. New York: American Institute of Certified Public Accountants.

Anthony, R. e V. Govindarajan, (2003), *Management Control Systems*, 11th edition, McGraw-Hill.

Anthony, R. N. e R. E., Herzlinger, (1975), *Management Control in Nonprofit Organizations*, Illinois: Richard D, Irwin, Inc.

Anthony, R. N., J. Dearden, e N. M. Bedford, (1984), *Management Control Systems*. Homewood, Illinois: Richard D, Irwin, Inc.

Anthony, R. (1965), *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*, Harvard Business Press.

Aptel, O. e H., Pourjalali, (2001), “Improving activities and decreasing costs of logistics in hospitals, a comparison of U.S. and French hospitals”, *International Journal of Accounting*, Vol. 36, Nº 1, pp. 65-90.

Aptel, O., M. Pomberg e H. Pourjalali, (2008), “A Report on improving activities and decreasing costs of logistics in hospitals: a comparison of French and the U.S. Hospitals”, *European Accounting Association. 31th Annual Congress*, Rotterdam, April.

Arnaboldi, M. e I., Lapsley, (2005), “Activity Based Costing in Health Care: A UK Case Study”, *Research in Health Care Financial Management*, Vol. 10, Nº 1, pp. 59-73.

Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP) (2010), <http://www.aphp-pt.org/>, acedido em 20 de Dezembro de 2010.

Australian Council on Health Care Standards, (2002), “Determining the Potential to Improve Quality of Care - ACHS Indicator Results for Australia and New Zealand 1998-2002” The ACHS, Health Services Research Group, University of Newcastle, Ultimo, New South Wales.

Auzair, S. e K. Langfield-Smith, (2005), “The effect of service process type, business strategy and life cycle stage on bureaucratic MCS in service organizations”. *Management Accounting Research*, Vol. 16, Nº 4, pp. 399-421.

Barnes, B., (2001), “Practice as collective action”, in *The Practice Turn in Contemporary Theory*, T. R. Schatzki et al. (editors), pp. 17-28, London.

Barros, P. P. e C. Sena, (1999), “Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 17, Nº 1, pp. 5-18.

Barros, P. P., (2007), “O Preço da Saúde”, *GE - J. Port Gastrenterol*, Vol. 14, pp. 194-198.

Barros, P. P., (2005), O Financiamento dos hospitais portugueses e a gestão das populações”. Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

Barros, P. P., (2001a), Um Exemplo Simples da Metodologia de Categorização de Hospitais segundo “Grade of Membership”, In Instituto de Gestão Informática e Financeira, “Orçamento do SNS para 2002 - Financiamento dos Hospitais”, Lisboa.

Barros, P.P., (2001b), Utilização dos Graus de Pertença Para Cálculo de Orçamentos dos Hospitais. In Instituto de Gestão Informática e Financeira, “Orçamento do SNS para 2002 - Financiamento dos Hospitais”. Lisboa.

Barros, P.P., (2001c). Exploração Preliminar da Aplicação da Metodologia de Graus de Pertença. In Instituto de Gestão Informática e Financeira, “Orçamento do SNS para 2002 - Financiamento dos Hospitais”. Lisboa.

Baxter, J. e W. F. Chua, (2003), “Alternative management accounting research: whence and whither”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28, Nº 2, pp. 97-126.

Beaver, W. H., (1989), *Financial Reporting: An Accounting Revolution*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Berliner, C. e A. B. James, (1988), *Cost Management for Today's Advanced Manufacturing: The CAM-I Conceptual Design*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press. Tb.

Blank, R. M., (1999), "When can public policy makers rely on private markets? the effective provision of social services". Working paper series, paper 7099. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Boer, Harry, e K. Krabbendam, (1992), "Organizing for Manufacturing Innovation: The Case of Flexible Manufacturing Systems", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 12, Nº 7/8, pp. 41-56.

Borden, J. P., (1988), "An assessment of the impact of diagnosis-related group (DRG) based reimbursement on the technical efficiency of new jersey hospitals using data envelopment analysis", *Journal of Accounting and Public Policy*, pp. 77-96.

Boyle, S., (2008), "The health system in England", *Eurohealth*, Vol. 14, Nº 1, pp. 1-2.

Bourdieu, P., (1977), "Outline of a Theory of practice" (R. Nece, Trans). Vol.16. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourn, M., e M. Ezzamel, (1986), "Costing and budgeting in the NHS", *Financial Accountability & Management*, Vol. 2, Nº 1, pp. 53-72.

Bouwens, J. e M. A. Abernethy, (2000), "The consequences of customization on management accounting system design", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, pp. 221-241.

Braverman, H., (1974), *Labour and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*, New York: Monthly Review Press.

Brewer, P. C., (1998), "National Culture and Activity-Based Costing Systems: A Note." *Management Accounting Research*, Vol. 9, pp. 241-260.

Bricker, R. J. e G. J. Previts, (1990), "The sociology of accountancy: a study of academic and practice community schisms", *Accounting Horizons*, Vol. 4, Nº 1, pp. 1-14.

Brimson, J. A., (1986), "How Advanced Manufacturing Technologies Are Reshaping Cost Management", *Management Accounting (US)*, pp. 25-29.

Broadbent, J. e J. Guthrie, (1992), "Changes in the public sector: a review of "alternative" accounting research", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 5, Nº 2, pp. 3-31.

Broadbent, J. e R. Laughlin, (2005), "Organisational and accounting change: theoretical and empirical reflections and thoughts on a future research agenda", *Journal of Accounting and Organisational Change*, Vol. 1, pp. 7-76.

Bromwich, M. e A. Bhimani, (1989), *Management Accounting: Evolution Not Revolution*. London: The Chartered Institute of Management Accountants- CIMA.

Bromwich, M., (1990), "The Case for Strategic Management Accounting: The Role of Accounting Information for Strategy in Competitive Markets", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 15, Nº 1/2, pp.27-46.

Bromwich, M. e I. Lapsley, (1997), "Descentralization and management accounting in central government: recycling old ideas", *Financial Accountability and Management*, Vol. 13, Nº 2, pp. 181-201.

Brook R. H., L. I. Iezzoni, S. F. Jencks, W. A. Knaus., H. Krakauer., K. N. Lohr, e M. A. Moskowitz, (1987), "Symposium: Case-Mix Measurement and Assessing Quality of Hospital Care", *Health Care Financing Review*, December (Special Number), pp. 39-48.

Brown, C. L. e J. M. Lattin, (1994), "Investigating the relationship between time in market and pioneering advantage", *Management Science*, Vol. 40, Nº 10, pp. 1361-1369.

Brown, S. e K. Eisenhardt, (1995), "Product development: past research, present findings, and future directions", *The Academy of Management Review*, Vol. 20, Nº 2, pp. 343-378.

Bruns Jr., W. J. e J. H. Waterhouse, (1975), "Budgetary control and organizational structure", *Journal of Accounting Research*, Autumn, pp. 177-203

Burns, J. e R. Scapens, (2000), "Conceptualizing management accounting change: an institutional framework", *Management Accounting Research*, Vol. 11, pp. 3-25.

- Burns, T. e G. Stalker, (1961), *The management of innovation*, London: Tavistock.
- Brunsonn, N., (1985), "The Irrational Organization. Irrationality as a Basis for Organizational Action and Change", Copenhagen.
- Burtonshaw-Gunn, S. e Salameh, M., (2009), *Essential Tools for Organisational Performance: Tools, Models and Approaches for Managers and Consultants*, Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Busse, R. (2008), "The health system in Germany", *Eurohealth*, Vol. 14, Nº 1, pp. 5-6.
- Butler, J. R. (1995), *Hospital Cost Analysis*, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Cabral, J. e N. Barriga, (1999), "Economias de escala, Eficiência e Custos nos Hospitais Distritais.", Documento de Trabalho 2/99, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Calantone, R. J., J. B. Schmidt e X. Song, (1996), "Controllable factors of new product success: a cross-national comparison", *Marketing Science*, Vol. 15, Nº 4, pp. 341-358.
- Campbell, J. P., (1979), "On the nature of organizational effectiveness", in *New Perspectives on Organizational Effectiveness*, P. S. Goodman e J. M. Pennings (editors), San Francisco.
- Campos, A. C., (2000), "Novos modelos de gestão dos hospitais", *Forum de Economia da Saúde*, Porto, Fevereiro, pp.47-75.
- Campos, A., (2003), "Hospital-Empresa: Crónica de Um Nascimento Retardado", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vo. 21, Nº1.
- Campos, A. C., (2004), "Decentralization and privatization in portuguese health reforms", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático nº4.
- Carreira, C. M., (1999), "Economias de Escala e de Gama nos Hospitais Públicos Portugueses: Uma Aplicação da Função de Custo Variável Translog", Documento de Trabalho 3/99, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Castells, M., (2001), **The Internet Galaxy: reflections on the Internet. Business and Society**, Oxford: Blackwell.
- Cattell, R. B., (1966), "The Scree Test for the Number of Factors", *Multivariate Behavioral Research*, Vol. 1, Nº 2, pp. 245-276.

Cavaluzzo, K. S. e C. D. Ittner, (2004), "Implementing performance measurement innovations: evidence from governments", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, pp. 243-267.

Chandler, A. D., (1962), *Strategy and structure: Chapters in the history of the American industrial enterprise*, Cambridge: MIT Press.

Chang, L., (2007), "The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach; limitations and implications", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, N° 2, pp. 101-117.

Chang, L. C., S. W. Lin, e D. N: Northcott, (2002), "The NHS performance assessment framework - a "balanced scorecard" approach?", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 16, N° 5, pp. 345-358.

Chapman, C. S., (1997), "Reflections on a contingent view of accounting", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 22, pp. 189-205.

Chenhall, R. H., (2003), "Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28, pp. 127-168.

Chenhall, R. H. e D. Morris, (1993), "The role of post completion audits, managerial learning, environmental uncertainty and performance", *Behavioural Research in Accounting*, Vol. 5, pp. 170-186.

Chenhall, R. H. e D. Morris, (1986), "The impact of structure, environment, and interdependence on the perceived usefulness of management accounting systems", *The Accounting Review*, Vol. 61, pp. 16-35.

Chow, C. W., D. Ganulin, K. Haddad. e J. Williamson, (1998), "The balance scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43, N° 3, pp. 263-280.

Chowdhury, J. e A. Menon, (1995), "Multidimensional components of quality and strategic business unit performance: a PIMS test", *Journal of Managerial Issues*, Vol. 7, N° 4, pp. 449-465.

Chua, W. F. (1986), "Radical Developments in Accounting Thought", *The Accounting Review*, Vol. 61, Nº 4, pp. 601-632.

Chua, W.F., e P. Degelin, (1989), "Health care cost control in the U.S. through the used DRGS and prospective payment: a case-study of positivity", *Discipline and Resistance, Working paper*, University of New South Wales.

Chua, W.F. e P. Degeling, (1991), "Information Technology and accounting in the accomplishment of public policy a cautionary tale", *Accounting, Management, and Information Technology*, Vol. 1, pp. 109-137.

Chua, W. F. e A. Preston, (1994), "Worrying about accounting in health care", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 7, Nº 3, pp. 4-17.

CIMA. (1996). Official Terminology (London: CIMA).

Cohen, S. G. e G. E. Ledford (1994), "The effectiveness of self-managing teams: a quasi-experiment", *Human*, Vol. 47, Nº 1, pp. 13-43.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, (2007), *Relatório Final*.

Collins, J. C. e Porras, J. I., (1996), "Building your company's vision", *Harvard Business Review*, Vol. 74, pp. 65-77.

Costa, C. e S. Lopes (2007), "Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal Continental 2005", *Escola Nacional de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, 31 de Janeiro.

Costa, C. e V. Reis (1993), "O sucesso nas organizações de saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 11, Nº 3, pp. 59-68.

Costa, C. (1990), "Financiamento de serviços de saúde - a definição de preços", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 8, Nº 2, pp. 65-72.

Covaleski, M. A., M. W. Dirsmith e S. Samuel (1996), "Managerial accounting research: the contributions of organizational and sociological theories", *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 8, pp. 1-35.

Cronbach, L. J. (1951), "Coefficient alpha and the internal structure of tests", *Psychometrika*, Vol. 16, pp. 297-334.

Cruz, I. e M. Major (2007), “Management accounting change in the portuguese system: an empirical study?”, *European Accounting Association, 30th Annual Congress*, Lisboa, April.

Daniel, S. J. e W. D. Reitsperger (1991), “Linking quality strategy with management control systems: empirical evidence from japanese industry”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 16, pp. 601-618.

David, B. (1994), *Milestone Planning For Successful Ventures*, Danvers. MA.: Boyd and Fraser Publishing.

Davila, T. (2000), “An empirical study on the drivers of management control systems design in new product development”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, pp. 383-409.

Daft, R. L., e R. H. Lengel. (1986), “Organizational information requirements, media richness and structural design”, *Management Science*, Vol. 32, Nº 5, pp. 554–571.

Davis, W. L. e E. J. Phares (1967), “Internal-external control as a determinant of information seeking in a social influence situation”, *Journal of Personality*, Vol. 35, pp. 547-561.

Davis, K., C. Schoen, Kristof e S. Mirror (2010), *Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally. Update*, New York: Commonwealth Fund.

Dawson, P. (2003), *Understanding organizational change: the contemporary experience of people at work*, London: Sage Publications Ltd.

Dean, J. W., S. J. Yoon, e G. I. Susman (1992), “Advanced manufacturing technology and organization structure: empowerment or subordination?”, *Organization Science*, Vol. 3, Nº 2, pp. 203-229.

Decreto-Lei n.º 81 de 2 de Abril de 2009.

Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro de 2008.

Decreto -Lei nº 300 de 23 de Agosto de 2007.

Decreto-Lei n.º 298 de 22 de Agosto de 2007.

Decreto-Lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006.

Decreto-Lei n.º 309 de 10 de Dezembro de 2003.

Decreto-Lei n.º 173 de 1 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei n.º 60 de 1 de Abril de 2003.

Decreto -Lei n.º 558 de 12 de Dezembro de 1999.

Decreto-Lei n.º 374 de 18 de Setembro de 1999.

Decreto-Lei n.º 151 de 5 de Junho de 1998.

Decreto-Lei n.º 11 de 15 de Janeiro de 1993.

Decreto-Lei n.º 254 de 29 de Junho de 1982.

Decreto-Lei n.º 488 de 4 de Setembro de 1975.

Decreto-Lei n.º 48358 de 27 de Abril de 1968.

Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de Abril de 1968.

Degeling, P., R. Sorensen, S. Maxwell, C. Aisbet, K. Zhang e B. Coyle (2000), “The organization of hospital care and its effects”, Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, Sydney.

Demski, J. S., N. Dopuch, B. Lev, J. Ronen, G. Searfoss e S. Sunder (1991), “A Statement on the State of Academic Accounting, Statement to the Research Director of the American Accounting Association”, American Accounting Association.

DesHarnais, S. I., M. T. Forthman, J. M. Lowry e L. D. Wooster (1997), “Risk-adjusted quality outcome measures: indexes for benchmarking rates of mortality, complications and readmissions”, *Quality Management in Health Care*, Vol. 5, Nº 2, pp. 80-87.

DesHarnais, S. I., M. T. Forthman, J. M. Lowry e L. D. Wooster (2000), “Risk-adjusted clinical quality indicators: indexes for measuring and monitoring rates of mortality, complications, and readmissions”. *Quality Management in Health Care*, Vol. 9, Nº 1, pp. 14-22.

Dess, G. G. e P. S. Davis (1984), “Porter's (1980) generic strategies as determinants of strategic group membership and organizational performance”, *Academy of Management Journal*, Vol. 27, pp. 467-488.

- Devine, K., P. O'Clock e D. Lyons (2000), "Health-care financial management in a changing environment", *Journal of Business Research*, Vol. 48, pp. 183-191.
- DiMaggio, P. J. e W. W. Powell (1983), "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields.", *American Sociological Review*, Vol. 48, pp. 147-160.
- Diogo, C. (2008), "The reform of the NHS in Portugal", Working Paper, N° 5, Department of Management Studies, University of York.
- Dixon, J. R., A. J. Nanni e T. E. Vollman (1990), *The New Performance Challenge: Measuring Operations for World-Class Competition*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Donahue, J. D. (1989), *The Privatization Decision: Public Ends, Private Means*. New York: Basic Books.
- Donabedian, A. (1985), "The epidemiology of quality", *Inquiry*, Vol. 22, N° 3, pp. 282-292.
- Doolin, B. (1999), "Casemix management in a New Zealand hospital: rationalisation and resistance", *Financial Accountability and Management*, Vol. 14, N° 3 e 4, pp. 397-417.
- Doty, D. H., W. H. Glick e G. P. Huber (1993), "Fit, equifinality and organizational effectiveness: a test of two configurational theories", *Academy of Management Journal* Vol. 36, December, pp. 1196-1250.
- Dougherty, D. e C. Hardy (1996), "Sustained product innovation in large, mature organizations: Overcoming innovation-to-organization problems", *Academy of Management Journal* Vol. 39, N° 5, pp. 1120-1153.
- Drazin, R. e A. H. Van de Ven (1985), "Alternative forms of fit in contingency theory", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 30, pp. 514-539.
- Dunk, A. (1993), "The effects of budget emphasis and information asymmetry on the relation between budgetary participation and slack", *The Accounting Review*, Vol. 2, pp. 400-410.
- Drucker, P. (1989), *The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view*, New York: Harper & Row.

- Eccles, R. G. (1991), "The Performance Measurement Manifesto", *Harvard Business Review*, Vol. 69, January-February, pp. 131-137.
- Emsley, D. (2000), "Variance analysis and performance: two empirical studies", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 1, pp. 33-47.
- Evans, J. H. (1998), "Cost management and management control in health care organizations: research opportunities", *Behavioral Research in Accounting*, Vol. 10, pp. 78-93.
- Evans, P. e S. Bellamy (1995), "Performance Evaluation in the Australian public sector - The role of management and cost accounting systems", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 8, N° 6, pp. 30-38.
- Ezzamel, M., H. Keith e M. Richard (1990), "Managing It All By Numbers: A Review of Johnsson & Kaplan's Relevance Lost", *Accounting and Business Research*, Vol. 20, N° 78, pp. 153-166.
- Ezzamel, M. e H. Willmott (1993), "Corporate governance and financial accountability: recent reforms in the UK public sector", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 6, N° 3, pp. 109-132.
- Ferreira, J. (2009), *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*, Tese de Mestrado, Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa.
- Fetter, R. B. e J. L. Freeman (1986), "The product line management within hospitals", *The Academy of Management Review*, Vol. 11, pp. 41-54.
- Financial Accounting Standards Board. (1978). Objectives of Financial Reporting by Business Enterprises, *Statement of Financial Accounting Concepts No. 1*. Stamford, CT: Financial Accounting Standards Board.
- Fisher, J. G. (1998), "Contingency theory, management control systems and firm outcomes: past results and future directions", *Behavioural Research in Accounting*, Vol. 10 (Supplement), pp. 47-64.

- Fisher, J. G. (1995), "Contingency-based research on management control systems: categorization by level of complexity", *Journal of Accounting Literature*, Vol. 14, pp. 24-53.
- Fisher, J. (1992), "Use of Nonfinancial Performance Measures", *Journal of Cost Management*, Vol. 6, Nº 1, pp. 31-38.
- Fisher, R. A. (1946), *Statistical Methods for Research Workers*, Edinburgh: Oliver and Boyd.
- Fitzgerald, L., R. Johnston, S. Brignall, R. Silvestro e C. Voss (1991), *Performance Measurement in Service Business*, London: CIMA.
- Flamholtz, E. G., T. K. Das e A. S. Tsui (1985), "Toward and integrative framework of organizational control", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 10, Nº 1, pp. 35-50.
- Ford, J. D. e J. W. Slocum (1977), "Size, technology, environment and the structure of organizations", *Academy of Management Review*, Vol. 2, pp. 561-575.
- Forgione, D. A. (1997), "Health care financial and quality measures: international calls for a balanced scorecard approach", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 24, Nº 1, pp. 35-50.
- Foucault, M. (1977), *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Allen Lane.
- Freidson, E. (1975), *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Galbraith, J. R. (1977), *Organization Designs*. Reading, Mass.: Addison -Wesley.
- Galbraith, J. (1973), *Designing complex organizations*. Reading, Mass.: Addison -Wesley.
- Ganglef, F. (2009), "[New Public Management in Public Health Care Organizations- Professionalism/ Managerialism: Conflictual Relationships?](#)", *European Accounting Association*, 32th Annual Congress, Tampere, May.
- Ganley, J. A. e J. S. Cubbin (1992), *Public Sector Efficiency Measurement: Applications of Data Envelopment Analysis*. Amesterdam: Elsevier Science Inc.

Garrett L., A. Chowdury e A. Pablos-Medez (2009), “*All for universal health coverage*”, The Lancet. 374-1294.

Gaynor, M. e Vogt, W., (2000), Antitrust and competition in health care markets, Chapter 27, *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Part B, pp. 1405–1487

Giddens, A. (1984), *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Cambridge: Polity Press.

Givan, R. K. (2005), “Seeing stars: human resources performance indicators in the NHS”, *Personnel Review*, Vol. 34, N° 6, pp. 634-647.

Glickman, S. W., K. A. Bagget, C. G. Krubert, E. D. Peterson e K. A. Schulman (2007), “Promoting quality: the health-care organization from a management perspective”. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 19, N° 6, pp.341-348.

Glouberman, S. e H. Mintzberg (2001a), “Managing the care of health and the cure of disease - part I: differentiation”, *Health Care Management Review*, Vol. 26, N° 1, pp. 56-69.

Glouberman, S. e H. Mintzberg (2001b), “Managing the care of health and the cure of disease - part II: integration”, *Health Care Management Review*, Vol. 26, N° 1, pp. 70-84

Goddard, A. (1997), “Organizational culture and budgetary control in a UK local government organization”, *Accounting and Business Research*, Vol. 27, N° 2, pp. 111-123.

Golder, P. N. e G. J. Tellis (1993), “Pioneer advantage: marketing logic or marketing legend”, *Journal of Marketing Research*, Vol. 20, pp. 158-170.

Gordon, L. A. e V. K. Narayanan (1984), “Management accounting systems, perceived environmental uncertainty and organization structure-an empirical investigation”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 9, pp. 33-47.

Gouveia, V. V. e M. Ros (2000), “Hofstede and Schwartz’s models for classifying individualism at the cultural level: their relation to macro-social and macro-economic variables”, *Psicothema*, Vol. 12 (Supplement), pp. 25-33.

- Govindarajan, V. (1988), "A contingency approach to strategy implementation at the business-unit level-integrating administrative mechanisms with strategy", *Academy of Management Journal*, Vol. 31, pp. 828-853.
- Govindarajan, V. (1986a), "Decentralization, strategy, and effectiveness of strategic business units in multi-business organizations", *Academy of Management Review*, Vol.11, pp. 844-856.
- Govindarajan, V. (1986b), "Impact of participation in the budgetary process on managerial attitudes and performance: Universalistic and contingency perspectives", *Decision Sciences*, Vol. 17, pp. 496-516.
- Govindarajan, V. (1984), "Appropriateness of accounting data in performance evaluation: an empirical examination of environmental uncertainty as an intervening variable", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 9, pp. 125-135.
- Goodman, P. S. e J. M. Pennings (1979), *New Perspectives on Organizational Effectiveness*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Gore, P. S. e J. B. Rotter (1963), "A personality correlate of social action", *Journal of Personality*, Vol. 31, pp. 58-64.
- Greenhalgh, T., G. Robert, P. Bate, F. Macfarlane e O. Kyriakidou (2005), *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: a Systematic Literature Review*, Oxford: Wiley-Blackwell.
- Griffith, J. R, J. A. Alexander e R. C. Jelinek (2002), "Measuring comparative hospital performance", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, N°1, pp. 41-56.
- Groot, T. (1999), "Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands", *Financial Accountability & Management*, Vol. 15, N° 3/4, pp. 353-376.
- Guilding, C. (1999), "Competitor-focused accounting: an exploratory note", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 240, N°7, pp. 583-595.
- Gupta, A., I. J. Chen e D. Chiang (1997), "Determining organizational structure choices in advanced manufacturing technology management", *Omega International Journal of Management Science*, Vol. 25, N° 5, pp. 511-521.

- Gupta, A. K. e V. Govindarajan (1986), *Testing for interaction in contingency research: Conceptual and methodological issues*. Working paper N° 181, Amos Tuck School of Business Administration, Dartmouth College, Hanover, N.H.
- Gupta, A. K., e V. Govindarajan (1984), "Business unit strategy, managerial characteristics, and business unit effectiveness at strategy implementation", *Academy of Management Journal*, Vol. 27, pp. 25-41.
- Guttman, L. (1954), "Some necessary conditions for common factor analysis", *Psychometrika*, Vol. 19, pp. 149-161.
- Habib, M. e B. Victor (1991), "Strategy, structure, and performance of U.S. manufacturing and service MNCs: a comparative analysis", *Strategic Management Journal*, Vol. 12, pp. 589-606.
- Handy, C. B. (1985), *Understanding Organizations*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Hambrick, D. C. (1983), "High profit strategies in mature capital goods industries: a contingency approach", *Academy of Management Journal*, Vol. 26, pp. 687-707.
- Harfouche, A. (2008), "Hospitais transformados em Empresas. Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo", Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Hartmann, F. G. (2000), "The appropriateness of RAPM: toward the further development of theory", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, N° 4/5, pp. 451-482.
- Hayes, R. H. e J. A. William (1980), "Managing Our Way to Economic Decline." *Harvard Business Review*, Vol. 58, N° 4, pp. 67-77.
- Hayes, D.C. (1977), "The contingency theory of managerial accounting", *Accounting Review*, Vol. 52, pp. 22-39.
- Hayes, R. H., S. C. Wheelwright e K. B. Clark (1988), *Dynamic Manufacturing : Creating the Learning Organization*, New York: Free Press.
- HCIA, 1999. One Hundred Top Hospitals – Benchmarks for Success. HCIA, L.L.C., Evanston, Illinois, 1999.
- Hegel, G. F. W. (1822), *The Philosophy of History*. New York: Dover Publications.

- Henderson, B.D. (1979), *Corporate Strategy*, Cambridge: Abt Books.
- Hendriksen, E. S. e M. F. Van Breda (1992), *Accounting Theory*, Boston: Irwin.
- Hill, C. A., K. L. Winfrey e B. A. Rudolph (1997), "Best hospitals: a description of the methodology for the Index of hospital quality", *Inquiry*, Vol. 34, N° 1, pp. 80-90.
- Hill, N. (2000), "Adoption of costing systems in US hospitals: An event story analysis 1980-1990", *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 19, pp. 41-71.
- Hirst, M. K. (1983), "Reliance on accounting performance measures, task uncertainty, and dysfunctional behavior: some extensions", *Journal of Accounting Research*, Vol. 21, pp. 596-605.
- Hofstede, G. (1984), *Culture's consequences: International differences in work-related values*, Beverly Hills: Sage Publications.
- Hood, C. (1995), "The 'new public management' in 1980s: variation on a theme", *Accounting, Organisations and Society*, Vol. 20, pp. 93-109.
- Hopper, T. (2005), "Management accounting theory in Europe: thirty years hard labour", *European Accounting Association 2005 Congress*, Gothenburg, May.
- Hopper, T., J. Storey e H. Willmott (1987), "Accounting for Accounting: Towards the Development of a Dialectical View", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 12, N° 5, pp. 437-56.
- Hopper, T. e P. Armstrong (1991), "Cost Accounting, Controlling Labour and the Rise of Conglomerates", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 16, N° 5/6, pp. 405-438.
- Hopper, T. e A. Powell (1985). "Making Sense of Research into the Organizational and Social Aspects of Management Accounting: A Review of Its Underlying Assumptions", *Journal of Management Studies*, Vol. 22, N° 5, pp. 429-465.
- Hopwood, A. G. (1972), "An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation", *Journal of Accounting Research*, Vol. 10, pp. 156-182.
- Hopwood, A. G. (1976), *Accounting and Human Behavior*, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.

- Hopwood, A. G. (1987), "The Archaeology of Accounting Systems", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 12, Nº 3, pp. 207-234.
- Hopwood, A. (2002), "If only there were simple solutions, but there aren't: some reflections on Zimmerman's critique of empirical management accounting research", *European Accounting Review*, Vol. 11, Nº 4, pp. 777-785.
- Hoque, Z. (2006), "Introduction", in *Methodological Issues in Accounting Research*, Z. Hoque (editors), pp. 1-5, Londres.
- Hoskin, K. e R. Macve (1986), "Accounting and the Examination: A Genealogy of Disciplinary Power", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 11, Nº 2, pp. 105-136.
- Hoskin, K. e R. Macve (1994), "Writing, Examining, Disciplining: The Genesis of Accounting's Modern Power", in *Accounting As Social and Institutional Practice*, Anthony G. H. e P. Miller (editors), pp. 67-97, Cambridge University Press.
- Howell, R. A. e S. R. Soucy (1988), "Management Reporting in the New Manufacturing Environment", *Management Accounting (US)*, February, pp. 22-29.
- Humphreys, L. G. e R. G. Montanelli (1975), "An examination of the parallel analysis criterion for determining the number of common factors", *Multivariate Behavioral Research*, Vol. 10, pp. 193-206.
- Hyvonen, T. e J. Jarvinen (2006), "Contract-Based budgeting in health care: a study of the institutional processes of accounting changes", *European Accounting Review*, Vol. 15, Nº 1, pp. 3-36.
- Ibrahim, J. E., J. W. Major, M. W. Boyce e J. J. McNeil (1998), "Pilot Hospital-Wide Clinical Indicators Project", Final Report, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Li I. (1997), "Risks and Outcomes", in *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*, Li I. (editor), pp. 1-40, Health Administration Press.
- Instituto Nacional de Administração. (1999). Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta, INA, Lisboa.
- Instituto Nacional de Administração. (2001). Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde, INA, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (INA). (2006). *Conta Satélite da Saúde*, Lisboa

Ittner, C. D. e D. F. Larcker (1995), “Total quality management and the choice of information and reward systems”, *Journal of Accounting Research*, Vol. 33, pp. 1-34.

Ittner, C. D. e D. F. Larcker (1997), “Quality strategy, strategic control systems, and organizational performance”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 22, Nº 3/4, pp. 293-314.

Ittner, C. D. e D. F. Larcker (1998), “Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? an analysis of customer satisfaction”, *Journal of Accounting Research*, Vol. 36, pp. 1-35.

Ittner, C. D. e D. F. Larcker (2001), “Assessing empirical research in managerial accounting: a value-based management perspective”, *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 32, pp. 349-410.

Jacobs, K. (1998), “Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association”, *Management Accounting Research*, Vol. 9, pp. 55-70.

Jacobs, P. (1974), “A survey of economic models of hospitals”, *Inquiry*, Vol. 11, Nº 2, pp. 83-97.

Johnson, H. T. (1991), "Beyond Product Costing: A Challenge to Cost Management's Conventional Wisdom." in *Emerging Practices in Cost Management: 1992 Edition*, Barry J. Brinker (editor), pp. A5.1-A5.7, Warren, Gorham & Lamont.

Johnson, H. T. e R. S. Kaplan (1987), *Relevance Lost - The Rise and Fall of Management Accounting*, Boston: Harvard Business School Press

Jones, C. S. (1999), “Developing financial accountability in British acute hospitals”, *Financial Accountability and Management*, Vol. 15, Nº 1, pp. 1-20.

Jonsson, A. e T. Kalling (2007), “Challenges to knowledge sharing across national and intra-organizational boundaries: case studies of IKEA and SCA Packaging”, *Knowledge Management Research & Practice*, Vol. 5, 161-172.

- Jonsson, S. e R. Solli (1993), "Accounting talk in a caring setting", *Management Accounting Research*, Vol. 4, N° 4, pp. 301 -321.
- Jones, C. S. e I. P. Dewing (1997), "The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls", *Financial Accountability & Management*, Vol. 13, N° 3, pp. 261-280.
- Kaiser, H. F. (1960), "The application of electronic computers to factor analysis", *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 20, pp. 141-151.
- Kaiser, H. F. (1961), "A note on Guttman's lower bounds for the number of common factors", *British Journal of Statistical Psychology*, Vol. 14, pp. 1-2.
- Kant, E. (1781), *Critique of Pure Reason*, London: Everyman
- Kantola, H. (2008), "Management accounting change in hospital districts", *European Accounting Association, 31th Annual Congress*, Rotterdam, April.
- Kaplan, R. S. (2001), "Strategic performance measurement and management in non-profit organisations", *Non-profit Management and Leadership*, Vol.11, pp. 353-370.
- Kaplan, R. S. (1987). "The Rise and Fall of Management Accounting", *Management Accounting*, January, pp. 22-30.
- Kaplan, R. S. (1986a), "The Role for Empirical Research in Management Accounting", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 4-5, pp. 429-452.
- Kaplan, R. S. (1986b), "Must CIM be Justified by Faith Alone?", *Harvard Business Review*, Vol. 64, N° 2, pp. 87-95.
- Kaplan, R. S. (1985), "Cost Accounting: A Revolution in the Making", *Corporate Accounting*, pp. 10-16.
- Kaplan, R. S. (1983), "Measuring Manufacturing Performance: A New Challenge for Management Accounting Research", *The Accounting Review*, Vol. 58, pp. 686-705.
- Kaplan, R. S. e A. A. Atkinson (1998), *Advanced Management Accounting*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kaplan, R. S. e D. P. Norton (1992), "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance", *Harvard Business Review*, Vol. 70, N° 1, pp. 71-79.

Kaplan, R. S. e D. P. Norton (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S. e D. P. Norton (2001). *The Strategy Focused Organization: How BalancedScore Card Companies Thrive in the New Business Environment*, Boston: Harvard Business School Press.

Keely, M. (1977), "Subjective performance evaluation and person-role conflict under conditions of uncertainty", *Academy of Management Journal*, Vol. 20, pp. 301-314.

Kerin, R. A., P. R. Varadarajane, R. A. Peterson (1992), "First-mover advantage: a synthesis, conceptual framework, and research propositions", *Journal of Marketing*, Vol. 56, pp. 33-52.

Kernick, D. (2004), *Complexity and Healthcare Organization: a view from the street*. Oxon: Radcliffe Publishing.

Kettl, D. F. (2000), "The transformation of governance: globalization, devolution, and the role of government", *Public Administrative Review*, Vol. 60, Nº 6, pp. 488-497.

Klazinga, N. (2008), "The health system in the Netherlands", *Eurohealth*, Vol. 14, Nº 1, pp. 8-10.

Kleinschmidt, E. J. e R. G. Cooper (1995), "The relative importance of new product success determinants- perception versus reality", *R and D Management*, Vol. 25, Nº 3, pp. 281-297.

Kumar, N. (2008), "Internationalization of Indian Enterprises: Patterns, Strategies, Ownership Advantages, and Implications", *Asian Economic Policy Review*, Vol. 3, Nº 2, pp. 242-261.

Kurunmaki, L. (1999), "Making an accounting entity: the case of the hospital in finnish health care reforms". *The European Accounting Review*, Vol. 8, Nº 2, pp. 219-237.

Kurunmaki, L., I. Lapsley e K. Melia (2003), "Accountingization v. legitimization: a comparative study of the use of accounting information in intensive care", *Management Accounting Research*, Vol. 14, pp. 112-139.

Kruk, M., e L. P. Freedman (2008), *Assessing health systems performance in developing countries: A review of the literature*, Health Policy, pp.85-263.

- Lacalle, J. (2007), "Might patients satisfaction be a way to introduce competition between public hospitals?", *European Accounting Association, 30th Annual Congress*, Lisbon, April.
- Lachmann, M. (2007), "The impact of changes in health care financing on management accounting in hospitals", *European Accounting Association, 30th Annual Congress*, Lisbon, Abril.
- Lambkin, M. (1992), "Pioneering new markets: a comparison of market-share winners and losers", *Journal of Research in Marketing*, Vol. 9, pp. 5-22.
- Langfield-Smith, K. (2007), "A review of quantitative research in management control systems and strategy", in *Handbook of Management Accounting Research*, C. S. Chapman et al. (editors), Vol. 1, pp. 753-784, Elsevier.
- Lapsley, I. (1994), "Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary control in health care", *Management Accounting Research*, Vol. 5, N° 3/4, pp. 337-352.
- Lapsley, I. (1998), "Constructing health care accountants: melding calculation and care", *Management Accounting Research*, Vol. 9, pp. 31-35.
- Lapsley, I. (1999), "Accounting and the new public management: instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity?", *Financial Accountability and Management*, Vol. 15, N° 3-4, pp. 201-207.
- Lapsley, I e Pettigrew, A., (1994), "Meeting the Challenge: Accounting for Change", *Financial Accountability and Management*, Vol. 10, N° 2, pp.79-92.
- Laughlin, R. (1991), "Environmental Disturbances and Organisational Transitions and Transformations: Some Alternative Models", *Organisation Studies*, Vol. 12, N° 2, pp. 209-232.
- Lawler, E. E. (1993), "Creating the high-involvement organization", in *Organization for the Future*, J. R. Galbraith e E. E. Lawler (editors), pp. 172-193, Jossey-Bass.
- Lawrence, P. R. e J. W. Lorsch (1967), *Organization and environment*, Bonston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Lee, H., L. M. Delene, M. A. Bunda e C. Kim (2000), "Methods of measuring health-care service quality", *Journal of Business Research*, Vol. 48, N° 3, pp. 233-246.

Lee, S. Y. e J. A. Alexander (1998), "Using CEO succession to integrate acquired organizations: a contingency analysis", *British Journal of Management*, Vol. 9, Nº 3, pp. 181-197.

Lei nº 27 de 8 de Novembro de 2002.

Lei n.º 48 de 24 de Agosto de 1990.

Lei n.º 56 de 15 de Setembro de 1979.

Lei n.º 2120 de 19 de Julho de 1963.

Lei n.º 2011 de 2 de Abril 1946.

Lei, D., D. A. Hitt e J. D. Goldhar (1996), "Advanced manufacturing technology: organizational design and strategic flexibility", *Organizational Studies*, Vol. 17, Nº 3, pp. 501-524.

Lieberman, M. e D. Montgomery (1988), "First-mover advantages", *Strategic Management Journal*, Vol. 9, pp. 41-58.

Lipe, M. G. e S. E. Salterio (2000), "The balanced scorecard: judgmental effects of common and unique performance measures", *Accounting Review*, Vol. 75, pp. 283-298.

Lipe, M. G. e S. E. Salterio (2001). "A note on the judgmental effects of the balanced scorecard's information organization", *Working paper*, University of Oklahoma.

Llewellyn, S. e D. Northcott (2005), "The average hospital", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 30, pp. 555-583.

Llewellyn, F. e T. Stewart (1993), "Linking costs with quality in health and social care: new challenges for management accounting", *Financial Accountability & Management*, Vol. 9, Nº 3, 177-194.

Loft, A. (1995), "The History of Management Accounting: Relevance Found", in *Management Accounting*, D. Ashton et al. (editors), pp. 21-44, Prentice Hall.

Lorsch, J. e S. Allen (1973), *Managing diversity and interdependence*, Boston: Division of Research. Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Lorsch, J. e J. Morse (1974), *Organizations and their members*. New York: Harper & Row Publishers.

- Lowe, A. e J. Locke (2005), "Perceptions of journal quality and research paradigm: results of a web-based survey of British accounting academics", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 30, Nº 1, pp. 81-98.
- Luft, J. e M. D. Shields (2002), "Zimmerman's contentious conjectures: describing the present and prescribing the future of empirical management accounting research", *European Accounting Review*, Vol. 11, Nº 4, pp. 795-803.
- Luft, J. e M. D. Shields (2003), "Mapping management accounting: graphics and guidelines for theoryconsistent empirical research", *Accounting, Organization and Society*, Vol. 28, Nº 2/3, pp. 169-249.
- Lukka, K. e E. Kasanen (1996), "Is Accounting a Global or a Local Discipline? Evidence From Major Research Journals", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 21, Nº 7/8, pp. 755-773.
- Lukka, K. e J. Mouritsen (2002), "Homogeneity or heterogeneity of research in management accounting", *European Accounting Review*, Vol. 11, Nº 4, pp. 805-811.
- Luthans, F. e T. Stewart (1977), "A general contingency theory of management", *Academy of Management Review*, Vol. 2, Nº 2, pp. 181-195.
- Macedo, V. (2008), *Empresarialização da Gestão Hospitalar Estudo de Caso*, Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- McGuire, S. J. (2003), *Entrepreneurial Organizational Culture: Construct Definition and Instrument Development and Validation*, Ph.D. Dissertation, The George Washington University, Washington, DC.
- Macintosh, N. e P. Quattrone (2010), *Management Accounting and Control Systems: An Organizational and Sociological Approach*. ISBN-10: 0470714476 . ISBN-13: 978-0470714478. 2nd Edition.
- Maidique, M. e E. J. Zirger (1985), "The new product learning cycle" *Research Policy*, Vol. 14, pp. 299-313.
- Malmi, T. e M. Granlund (2009), "In Search of Management Accounting Theory", *European Accounting Review*, Vol. 18, Nº 3, pp. 597-620.
- March, J. G. e H. A. Simon (1958), *Organizations*, New York: Wiley.

- Marin, D. e T. Verdier (2003), “Globalization and the new enterprise”, *Journal of The European Economic Association*, Vol. 1, N° 2-3, pp. 337-344.
- Mark, T. L., W. N. Evans, C. L. Schur e S. Guterman (1998)., “Hospital-physician arrangements and hospital financial performance”, *Medical Care*, Vol. 36, N° 1, pp. 67-78.
- Martensson, M. (2007), “Measuring work health in management control models: perspectives and ambiguities”, *European Accounting Association, 30th Annual Congress*, Lisbon, April.
- Mason, J. (2002), *Qualitative Researching*, London: Sage Publications.
- Mattessich, R. (1995), *Critique of Accounting: Examination of the Foundations and Normative Structure of an Applied Discipline*, Westport: Quorum Books.
- Mayle, D. T., C. M. Hinton, G. A. J. Francis e J. A. Holloway (2002), “What really goes on in the name of benchmarking?”, in *Business Performance Measurement: Theory and Practice*, A. Neely (editor), pp. 211-224, Cambridge University Press.
- McCraw, T. K. (2007), *Prophet of Innovation: Joseph Schumpeter and Creative Destruction*, Cambridge: Harvard University Press.
- McIntyre, D. (2010), “WHR 2000 to WHR2010: What progress in health care financing?”, *Health Policy and Planning*, Vol. 25, N° 5, pp. 349-351.
- McGuire, A., J. Henderson e G. Mooney (1988), *The Economics of Health Care - An Introductory Text*, London: Routledge.
- Mendoza e Zrihen (1997), “Le tableau de bord: en V. O. ou en version américaine?”, *Revue Française de Comptabilité*, Vol. 309, pp. 60-66.
- Mensah, Y. M. (2000), “Accounting issues in health care”, *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 19, pp. 3-7.
- Merchant, Y. M. (1998), *Modern Management Control Systems: Text and Cases*, Upper Saddles River: Prentice Hall.
- Merchant, K. (1985), “Budgeting and the propensity to create budgetary slack”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 10, N° 2, pp. 201-210.

- Merchant, K. (1981). "The design of the corporate budgeting system: influences on managerial behavior and performance". *The Accounting Review*, 4, 813-829.
- Meyer, J. e B. Rowan (1977), "*Institutionalized organizations: formal structues as myth and ceremony*", *American Journal of Sociology*, Vol. 83, N° 2, pp. 340-363.
- Mia, L. e B. Clarke (1999), "Market Competition, Management Accounting Systems and Business Unit Performance", *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 10, N° 2, pp. 137-158.
- Miller, D. (1987), "The structural and environmental correlates of business strategy", *Strategic Management Journal*, Vol. 8, N° 1, pp. 55-76.
- Miles, R. E. e C. C. Snow (1992), "Causes of failure in network organizations", *California Management Review*, Vol. 34, N° 4, pp. 53-72.
- Miles, R. E. e C. C. Snow (1978), *Organizational Strategy, Structure and Process*, New York: McGraw-Hill.
- Miles, M. P., J. G. Covin e M. B. Heeley. (2000), "The relationship between environmental dynamism and small firm structure, strategy, and performance", *Journal of Marketing Theory and Practice*, Vol. 8, N° 2, pp. 63-78.
- Milgrom, P. e J. Roberts (1995), "Complementarities and fit: strategy, structure and organizational change in manufacturing", *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 19, March- May, pp. 179-208.
- Mitchell, T. R., C. M. Smyser e S. E. Weed (1975), "Locus of control, supervision and work satisfaction", *Academy of Management Journal*, Vol. 18, pp. 623-631.
- Modell, S. (2001), "Performance measurement and institutional processes: a study of management responses to public sector reform", *Management Accounting Research*, Vol. 12, pp. 437-64.
- Modell, S. (2004), "Performance measurement myths in the public sector: a research note", *Financial Accountability and Management*, Vol. 20, N° 1, pp. 39-55.

Molinari, C., L. Morlock, J. A. Alexander e A. Lyles (1993), "Hospital board effectiveness: relationships between governing board composition and hospital financial viability", *Health Services Research*, Vol. 28, N° 3, pp. 357 -378.

Moore, K., e Chenhall, R. H. (1994), "Framework and MCS evidence. In K. Moore, & P. Booth (Eds.)". *Strategic management accounting* (12-26). New York: Wiley.

Moore, M. J., W. Boulding e R. C. Goodstein (1991), "Pioneering and market share: is entry time endogenous and does it matter?", *Journal of Marketing Research*, Vol. 28, pp. 97-104.

Mouck, T. (1993), "The 'revolution' in financial reporting theory: a Kuhnian interpretation", *The Accounting Historians Journal*, Vol. 20, N° 1, pp. 33-57.

Mouritsen, J. e A. Bekke (1997), "Continuity and discontinuity in accounting technology in Danish institutions", *Financial Accountability and Management*, Vol. 13, N° 2, pp. 165-180.

Murphy D. J. e L. E. Cluff (1990). "SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Study Design", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 43 (supplement).

Naman, J. L. e D. P. Slevin (1993), "Entrepreneurship and the concept of fit: a model and empirical tests", *Strategic Management Journal*, Vol. 14, N° 2, pp. 137-153.

Nanni, A. J., J. R. Dixon e T. E. Vollmann (1992), "Integrated Performance Measurement: Management Accounting to Support the New Manufacturing Realities." *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 4, pp. 1-19.

National Health Service. (2002). "NHS Performance Indicators - Acute NHS Hospital Trusts: February, 2002", National Health Service, United Kingdom.

Neely, A. D. (2005), "The evolution of performance measurement research: developments in the last decade and a research agenda for the next", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 25, N° 12, pp.1264-1277.

Neely, A. (1999), “The Performance Measurement Revolution: Why Now and What Next?”, *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 19, Nº 2, pp. 205-228.

Neely, A., M. Gregory e K. Platts (1995), “Performance measurement system design: a literature review and research agenda”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 15, Nº 4, pp. 80-116.

Nighingale, D. e N. Pindus (1987), “Privatization of public social services: a background paper”, Prepared for the U. S. Department of Labor, Office of the Assistant Secretary for Policy, Washinton, DC: The Urban Institute.

Noy, S. e R. Lachman (1993), “Physician-hospital conflict among salaried physicians”, *Health Care Management Review*, Vol. 18, pp. 60-69.

Nunnally, J. (1978), *Psychometric theory*, New York: McGraw-Hill.

Nyland, K. e I. Pettersen (2004), “The control gap: the role of budgets, accounting information and (non) decisions in hospital settings”, *Financial Accountability & Management*, Vol. 20, Nº 1, pp. 77-102.

Observatório Nacional de Saúde. (2003). <http://www.misaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/investigacao+e+desenvolvimento/observa.htm>, acedido em Dezembro de 2009.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001), “Conhecer os Caminhos da Saúde, Relatório de Primavera”, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), “Saúde, que rupturas?”, Relatório da Primavera, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006), “Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados”, Relatório de Primavera, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007), *Luzes e sombras: relatório da Primavera*, Coimbra: Mar da Palavra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008), *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. Relatório de Primavera*, Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10/30 Anos: Razões para Continuar. Relatório de Primavera*, Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2009). Base de Dados da OCDE. Statistics and indicators for 30 countries, OCDE.

OCDE. (2006). *OECD Health Data 2006*.

OCDE. (2007). *OECD Health Data 2007*

OCDE. (1998). Recomendações do Relatório de 1998 (ver)

Oliveira, M. e C. Pinto (2005), “Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience”, *Health Economics*, Vol. 14, pp. 203-220.

Organ, D. W. e G. N. Greene (1974), “The perceived purpose fulness of job behavior: antecedents and consequences”, *Academy of Management Journal*, Vol. 17, pp. 69-78.

Ortner, S. B. (1984). “Theory in anthropology since the sixties”, *Comparative Studies in Society and History*, Vol. 26, Nº 1, pp. 126-166.

Otley, D. T. (1999), “Performance management: a framework for management control systems research”, *Management Accounting Research*, Vol. 10, pp. 363-382.

Otley, D. (1980), “The contingency theory of management accounting: Achievement and prognosis”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 5, Nº 4, pp. 413-428.

Otley, D. (1978), “Budgetary use and managerial performance”, *Journal of Accounting Research*, Vol. 16, pp. 122-149.

Otley, D.(2008), “Did Kaplan and Johnson get it right?”, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, pp. 229-239.

Otley, D. e A. Berry (1980), “Control, organization and accounting”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 5, pp. 231-244.

- Otley, D. T. e A. Fakiolas (2000), "Reliance on accounting performance measures: deadend or new beginning?", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, N° 4/5, pp. 497-510.
- Otley, D. T. e C. Wilkinson (1988), "Organizational behaviour: strategy, structure, environment and technology", in *Behavioural accounting research: a critical analysis* K. R. Ferris (editor), pp. 147-170, Century Publications Co.
- Ouchi, W. G. (1977). "The relationship between organizational structure and organizational control", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 22, pp. 95-113.
- O'Muircheartaigh, C., J. Murphy e W. Moore (2002), *The 2002 Index of Hospital Quality*, NORC, University of Chicago, Chicago.
- Patten Jr., T. H. (1977), *Pay: Employee Compensation and Incentive Plans*, London: Free Press.
- Peden, A. e J. Baker (2002), "Allocating physicians overhead costs to services: an econometric/accounting-activity-based-approach", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 29, N° 1, pp. 57-75.
- Phares, E. J. (1968), "Differential utilization of information as a function of internal-external control", *Journal of Personality*, Vol. 36, pp. 649-662.
- Pines, H. A. e J. W. Julian (1972), "Effects of task and social demands on locus of control differences in information processing", *Journal of Personality*, Vol. 40, pp. 407-416.
- Pizzini, M. (2006), "The relation between cost-system design, managers evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 31, pp. 179-210.
- Pennings, J. M. (1975), "The relevance of the structural-contingency model for organizational effectiveness", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 20, N° 3, pp. 393-410.
- Perrow, C. (1970), *Organizational analysis: a sociological view*, California: Wadsworth Publishing Company.

- Pol, E. e P. Carroll (2006). *An Introduction to Economics with Emphasis on Innovation*, Melbourne: Thomson.
- Pomberg, M. (2009), “Hospital Logistics Function in a Developing Country: Vietnamese Hospitals”, *European Accounting Association*, 32th Annual Congress, Tampere, May.
- Popper, K. (1963), *Conjectures and Refutations*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Portal da Saúde (2010), “Saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 30 anos”, <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, acedido em 12 de Dezembro de 2010.
- Portal do Governo (2007), “Nota de Imprensa de 26/07/2007”, http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MEI/Comunicacao/Notas_de_Imprensa/20070726_MEI_Com_Consumidores.htm, acedido em 18 de Fevereiro de 2008.
- Portal do Governo (2008), “Intervenção do Primeiro-Ministro no debate quinzenal na Assembleia da República sob o tema «Política de Saúde» em 19/03/2008”, http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/PrimeiroMinistro/Intervencoes/Pages/20080319_PM_Int_AR_Saude.aspx, acedido em 23 de Fevereiro de 2008.
- Porter, M. E. (1980), *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: The Free Press.
- Porter, M. E. (1985), *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press.
- Perrow, C. (1970), *Organizational analysis: a sociological view*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Preston, A. M., D. J. Cooper e R. W. Coombs (1992), "Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service", *Accounting, Organizations and Society*, Vol.17, Nº 5/6, pp. 561-593.

Puranam, P., H. Singh e M. Zollo (2006), “Organizing for Innovation: Managing the Coordination-autonomy Dilemma in Technology Acquisitions”, *Academy of Management Journal*, Vol. 49, N° 2, pp. 263-280.

Quality Measurement Advisory Service (1997), *Quality Measurement Tools-Assessing Hospital Performance*, QMAS, Washington.

Quattrone, P. (2000), “Constructivism and accounting research: towards a trans-disciplinary perspective”, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 13, N° 2, pp. 130-155.

Quattrone, P. e T. Hopper (2001), “What does organisational change mean? speculations on taken for granted category”, *Management Accounting Research*, Vol. 12, N° 4, pp. 403-435.

Quivy, R. e L. Campenhoudt (1998), “Objectivos e procedimento da investigação científica”, in *Manual de investigação em ciências sociais*, Gradiva.

Rea, D. M. e D. Cooper, (1989), “Struggling with accounting and reason: resource management the national health service”, Working paper, University of Manchester Institute of Science e Technology.

Reis, V. (2004), “[A intervenção privada no sector público: da expansão do Estado às parcerias público-privadas](#)”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático: 4.

Reason Foundation (2010), <http://reason.org>, acedido diversas vezes durante o ano 2010.

Reiter, S. A. e P. F. Williams (2002), “The structure and progressivity of accounting research: the crisis in the academy revisited”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 27, N° 6, pp. 575-607.

Ribeiro, J. M. (2004), “Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 4, pp. 65-77.

Robinson, W. T. (1988), “Sources of market pioneer advantages: the case of industrial goods industries”, *Journal of Marketing Research*, Vol. 25, pp. 87-94.

Robinson, W. T., C. Fornell e M. Sullivan (1992), “Are market pioneers intrinsically stronger than later entrants?”, *Strategic Management Journal*, Vol. 12, pp. 609-624.

- Robinson, W. T. e C. Fornell (1985), "Sources of market pioneer advantages in consumer goods industries", *Journal of Marketing Research*, Vol. 22, pp. 305-317.
- Ross, T. (2004), "Analysing health care operations using ABC", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 30, Nº 3, pp. 1-20.
- Rotch, W. (1993), "Management control systems: one view of components and their interdependence", *British Journal of Management*, Vol. 4, September, pp. 191-203.
- Rothschild, W. E. (1976), *Putting it All Together: A Guide to Strategic Thinking*, New York: AMACOM.
- Ryan, B., R. W. Scapens e M. Theobald (2002), *Research Methods and Methodology in Finance and Accounting*, London: Cengage Learning Business Press.
- Rotter, J. B. (1954), *Social Learning and Clinical Psychology*, New York: Prentice-Hall.
- Rumelt, R. P. (1974), *Strategy, Structure, and Economic Performance*, Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Sandier, S., V. Paris e D. Polton (2004), *Health Care Systems in Transition*, France: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Savas, E. S. (1987), *Privatization: The Key to Better Government*, Chatham: Chatham House Publishers Inc.
- Scapens, R. W. (1994), "Never Mind the Gap: Towards an Institutional Perspective on Management Accounting Practice", *Management Accounting Research*, Vol. 5, pp. 301-21.
- Scapens, R. W. (2006), "Understanding management accounting practices: a personal journey", *The British Accounting Review*, Vol. 38, pp. 1-30.
- Schutz, A. (1962), *Collected Papers*, Vol. 1 (Edited and with an introduction by M. Natanson, Martinus Nijhoff).
- Schutz, A. (1964). *Collected Papers*, Vol. II (Edited by Avrid Brodersen, Martinus Nijhoff).
- Schutz, A. (1966). *Collected Papers*, Vol. III (Edited by I. Schutz, Martinus Nijhoff).

Schutz, A. (1967), *The Phenomenology of the Social World* (Translated by G. Walsh and F. Lehnert, Northwestern University Press).

Schwartz, S. H. (1990), "Individualism-collectivism: Critique and proposed refinements", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, N° 21, pp. 139-157.

Schwartz, S. H. (1992), "Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries", in *Advances in experimental social psychology*, M. P. Zanna (editor), Vol. 25, pp. 1- 65, Academic Press.

Schwartz, S. H. e M. Ros (1996), "Values in the West: A theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension", *World Psychology*, Vol. 1, pp. 91-122.

Schatzki, T. R., K.Cetina e E. Von Savigny (2001), *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London: Routledge.

Shields, M. D. e S. M. Young (1989), "A Behavioral Model for Implementing Cost Management Systems", *Journal of Cost Management*, Vol. 2, N° 4, pp. 17-27.

Scholtes, P. R. (1997), "Communities as systems: Americans need to pick up where W. Edwards Deming left off", *Quality Progress*, July, pp. 49-53.

Schonberger, R. J. (1986), *World Class Manufacturing: The Lessons of Simplicity Applied*. New York: Free Press.

Schoonhoven, G. B. (1981), "Problems with contingency theory: Testing assumptions hidden within the language of contingency theory", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 26, pp. 349-377.

Schrecker T., R. Labonte e R. De Vogli (2008), "Globalisation and health: the need for a global vision", *The Lancet*, pp. 372-1670.

Schulz, A. K-D., A. Wu e C. W. Chow (2010), "Environmental Uncertainty, Comprehensive Performance Measurement Systems, Performance-Based Compensation, and Organizational Performance", *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, Vol. 17, pp. 17-40.

Schumpeter, J. (1934), *The Theory of Economic Development: An inquiry into profits, capital, credit, interest and the business cycle*, Cambridge: Harvard University Press.

- Schumpeter, J. (1939), *Business Cycles: A Theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalist Process*, New York: McGraw-Hill Book Company.
- Scott, T. W. e P. Tiessen (1999), "Performance measurement and managerial teams", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 24, Nº 3, pp. 263-285.
- Sewell G. (1998), "The discipline of teams: The control of team-based industrial work through electronic and peer surveillance", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, Nº 2, pp. 397-428.
- Serrão, D. (2008), "O SNS está totalmente descapitalizado", *Gestão Hospitalar*, Vol. 19, pp. 12-19.
- Shortell, S. M., R. Gillies, D. A. Anderson, K. M. Erickson e J. B. Mitchell (1996), *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*, San Francisco: Jossey Bass.
- Shortell, S. M. e E. J. Zajac (1990), "Perceptual and archival measures of Miles and Snow's strategic types: a comprehensive assessment of reliability and validity", *Academy of Management Journal*, Vol. 33, December, pp. 817-832.
- Silva, A. (2010), *A utilização da informação contabilística no hospital - empresa português*, Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas Y Empresariales, Universidad de Vigo.
- Simões, J. e S. Silva (2009), Público e privado nos cuidados de saúde, Janus 2009, Disponível em www.janusonline.pt.
- Simões, J. A. (2004). "Avaliação do desempenho dos hospitais", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 4, pp. 91-120.
- Simons, R. (1990), "The Role of Management Control Systems in Creating Competitive Advantage: New Perspectives", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 15, Nº 1/2, pp. 127-143.
- Simons, R. (1995), *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Boston: Harvard Business School Press.

- Skærbæk., P. e J. Thisted (2004), "Unit costs in central government annual reports: a critical appraisal of the practices developed", *European Accounting Review*, Vol. 13, N° 1, pp. 7-38.
- Slater, S. F. e E. M. Olson (2000), "Strategy type and performance: the influence of sales force management", *Strategic Management Journal*, Vol. 21, pp. 813-829.
- Smith, K. J. (1993), "Investment monitoring systems, abandonment of capital assets and firm performance", *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 5, 281-299.
- Smith, P. (1993), "Outcome-related performance indicators and organizational control in the public sector", *British Journal of Management*, Vol. 4, N° 3, pp. 135-151.
- Smith, R. M. e C. Y. Miao (1994), "Assessing unidimensionality for Rasch measurement", in *Objective Measurement: Theory into Practice*, M. Wilson (editor), Vol. 2, Ablex.
- Snow, C. C. e L. G. Hrebiniak (1980), "Strategy, distinctive competence and organizational performance", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 25, June, pp. 317-336.
- Solomons, D. (1965), *Divisional Performance: Measurement and Control*, Homewood: Irwin.
- Spector, P. E. (1982), "Behavior in organizations as a function of employee's locus of control", *Psychological Bulletin*, Vol. 91, pp. 482-497.
- Steers, R. M. (1977), *Organizational Effectiveness: A Behavioral View*, Santa Monica: Goodyear.
- Stern, J. M., J. Shielye e I. Ross (2004), *The EVA Challenge: Implementing Value-added Change in an Organization*, New York: John Wiley and Sons Inc.
- Stewart, J. e K. Walsh (1992), "Change in the management in the public services", *Public Administration*, Vol. 70, pp. 499-518.
- Swidler, A. (1986), "Culture in action: symbols and strategies", *American Sociological Review*, Vol. 51, N° 2, pp. 273-286.
- Thompson, J. D. (1967), *Organizations in action*, New York: McGraw Hill.

- Tradewell, R. (1998), "Privatizing Public Hospitals: Strategic Options in an Era of Industry – Wide Consolodation", *Policy Study*, Nº 242.
- Tushman, M. L. e D. A. Nadler, (1978), "Information processing as an integrating concept in organizational design", *Academy of Management Review*, Vol. 3, pp. 613-624.
- U.G. General Accounting Office. (1997). Privatization: Lessons Learned by State and Local Governments, Publication no. GAO/GGD – 97-48, Washington, DC.
- Van der Stede, W. A. (2000), "The relationship between two consequences of budgetary controls: budgetary slack creation and managerial short-term orientation", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, Nº 6, pp. 609-622.
- Van de Ven, A. H. e R. Drazin (1985), "The concept of fit in contingency theory", in *Research in organizational behavior*, B. M. Staw e L.L. Gummings (editors), Vol. 7, pp. 333-365, JAI Press.
- Van der Stede, W. A., C. W. Chow, T. W. Lin (2006), "Strategy, Choice of Performance Measures, and Performance", *Behavioral Research in Accounting*, Vol. 18, pp. 185-205.
- Vancil, R. F. (1980), *Decentralization: Managerial ambiguity by design*, New York: Financial Executives Research Foundation.
- Vancil, R. F. e L. E. Buddrus (1979), *Decentralization: Managerial Ambiguity By Design*, Homewood: Irwin.
- Vicente, C. (2007), *Estudo da Mudança nas Práticas de Controlo de Gestão em Portugal*, Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Vieira, R. J. (2002), *Accounting and Change in the Financial Services Sector: The Case of Activity-Based Costing in a Portuguese Bank*, PhD Thesis, Warwick Business School, University of Warwick.
- Watkins, A. L. (2000), "Hospital financial ratio classification patterns revisited: upon considering nonfinancial information", *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 19, Nº 1, pp. 73 -95.

- Watts, R. L. e J. L. Zimmerman (1978). “Towards a positive theory of the determination of accounting standards”, *The Accounting Review*, Vol. 53, Nº 1, pp. 112-134.
- Watts, R. L. e J. L. Zimmerman (1979), “The demand for and supply of accounting theories: the market for excuses”, *The Accounting Review*, Vol. 54, Nº 2, pp. 273-305.
- Watts, R. L. e J. L. Zimmerman (1986), *Positive Accounting Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Watts, R. L. e J. L. Zimmerman (1990), “Positive accounting theory: a ten year perspective”, *The Accounting Review*, Vol. 65, Nº 1, pp. 131-156.
- Weingart S. N., K. Mukamal, R. B. Davis, D. T. Davies Jr, R. H. Palmer, M. Chalane, M. B. Hamel, R. S. Philips e L. Iezzoni (2001), “Physician-Reviewers’ Perceptions and Judgements about Quality of Care”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13, Nº 5, pp. 357-365.
- Wickramasinghe, D. e C. Alawattage (2007), *Management Accounting Change: Approaches and Perspectives*, Oxford: Routledge.
- Willems, S. P. (1999), *Two Papers in Supply Chain Design: Supply Chain Configuration and Part Selection in Multigeneration Products*, PhD Thesis, Alfred P. Sloan School of Management of the Massachusetts Institute of Technology.
- Winston, P., A. Burwick, S. McConnell e R. Roper (2002), “Privatization of Welfare Services: A Review of the Literature”, Relatório submetido pela Mathematica Policy Research ao Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Washington DC.
- Wolk, S. e J. DuCette (1974), “Intentional performance and incidental learning as a function of personality and task dimensions”, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 29, pp. 90-101.
- Yin, R. K. (1993), *Applications Of Case Study Research*, Applied social research methods series, 34, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Yin, Robert K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Yin, R. K. (2003), *Case Study Research: Design And Methods*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Young, D. e L. Pearlman (1993), “Managing the stages of hospital cost accounting”, *Healthcare Financial Management*, Vol. 47, pp. 58-80.

Young, D. e R. Saltman (1985), *The Hospital Power Equilibrium – Physician, Behavior and Cost Control*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Zimmerman, J. (1997), *Accounting For Decision Making And Control*, Boston: Irwin/McGraw-Hill.

Zimmerman, J. L. (2001), “Conjectures regarding empirical managerial accounting research”, *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 32, Nº 1-3, pp. 411-427.

Zucker, L. (1987), “Institutional Theories of Organization”, *Annual Review of Sociology*, Vol.13, pp. 443-464.

Anexo A - Questionário aos Hospitais Portugueses sobre Práticas de Gestão

SECÇÃO I: ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR

Para efeitos de questionário, considere departamentos e serviços clínicos como equivalentes, bem como chefes de serviço ou coordenadores de serviço.

1. Indique o número de camas do hospital: _____

2.1 Indique o número de departamentos clínicos do hospital: _____

2.2 Indique o número de coordenadores de departamento com formação em administração hospitalar: _____

3.1 Quanto ao Director Clínico, indique o período de tempo de colaboração no hospital: _____ **E o tempo de serviço em funções de Direcção Clínica:**

3.2 Quanto ao Administrador/Gestor Hospitalar, indique o período de tempo de colaboração no hospital: _____ **E o tempo de serviço em funções de Administração:** _____

4. Leia atentamente a descrição dos dois hospitais, Hospital A e Hospital B:

Hospital A - Este hospital oferece um conjunto relativamente estável de serviços e tende a focar-se num segmento específico (por exemplo, região geográfica) da população. Oferece um conjunto limitado de serviços relativamente a outros hospitais de dimensão e funcionalidade semelhantes. Geralmente, o Hospital A não está na vanguarda em termos de novos serviços ou desenvolvimentos de mercado no sector da saúde. Novos serviços tendem a concentrar-se nas áreas actuais de operação. Acredita que a prioridade será realizar o melhor trabalho possível no conjunto actual de serviços e melhorar os existentes, não valorizando políticas de incentivos nem de formação de recursos humanos.

Hospital B – Este hospital efectua mudanças relativamente frequentes no seu conjunto de serviços e tende a oferecer um conjunto mais vasto de serviços médicos relativamente a outros hospitais de dimensão e funcionalidade semelhantes. O Hospital

B responde rapidamente a sinais de novas oportunidades ou necessidades de mercado e tenta, sistematicamente, estar na vanguarda em termos de desenvolvimento de novos serviços, sendo seguido por outros hospitais. Este, tendencialmente, adopta sistemas de incentivo e valoriza a formação dos seus recursos humanos. Este tipo de hospital nem sempre mantém uma posição forte nas áreas em que entra.

Indique na escala seguinte o posicionamento do seu hospital relativamente às duas situações extremas apresentadas, em que 1 representa o tipo de Hospital A e 7 o tipo de Hospital B:

	1	2	3	4	5	6	7	
Hospital A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital B

5. Indique o seu nível de concordância em cada uma das seguintes afirmações, relativamente à organização do seu hospital:

1- Discordo totalmente	...	4-Nem concordo nem discordo	...	7- Concordo totalmente
-------------------------------	------------	------------------------------------	------------	-------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Os serviços clínicos são responsáveis pelos custos incorridos no seu serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os serviços clínicos são responsáveis por decisões relativas ao volume de actividade a desenvolver pelas respectivas unidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os serviços clínicos são considerados centros de resultados (têm poder de decisão e responsabilidade sobre custos e proveitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Foram desenvolvidos contratos com os gestores das unidades clínicas que os tornam responsáveis pelos custos e objectivos de resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Os coordenadores ou chefes dos serviços clínicos têm a responsabilidade de coordenar a sua actividade com os outros serviços clínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Os coordenadores ou chefes dos serviços clínicos têm poder de decisão sobre compras de material clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Os coordenadores ou chefes dos serviços clínicos têm poder de decisão sobre compras de produtos farmacêuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Os coordenadores ou chefes dos serviços clínicos têm poder de decisão sobre compras de equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Indique em que medida cada um dos seguintes itens é utilizado na avaliação de desempenho dos serviços clínicos:

1- Nenhum uso	4- Algum uso	7- Uso muito elevado
----------------------	------	---------------------	------	-----------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Desempenho orçamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Objectivos de produtividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Qualidade do tratamento dos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Resultados de investigação obtidos pelas unidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Adesão a procedimentos padronizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cooperação com outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ambiente de trabalho da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Como classifica o desempenho do seu hospital nas seguintes dimensões?

1- Muito abaixo da média	4- Médio	7- Muito acima da média
---------------------------------	------	-----------------	------	--------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Custos comparados com outros hospitais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Capacidade de obtenção de recursos financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reputação dos serviços médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Formação profissional e académica dos quadros técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Qualidade no atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Que tipo de remuneração adicional o hospital oferece aos seus colaboradores?

	Bónus Fixos	Bónus Individual Variáveis	Bónus de Equipa Variáveis
a) Administração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Coordenadores de Serviço Clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pessoal Administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Indique em que medida os seguintes itens influenciam o prémio de desempenho:

1- Muito abaixo da média	4- Médio	7- Muito acima da média
---------------------------------	------	-----------------	------	--------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Objectivos do orçamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Adesão a procedimentos da gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Qualidade do tratamento dos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Investigação realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Objectivos do movimento assistencial (por ex., cirurgias programadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cooperação com outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ambiente de trabalho da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Indique o seu nível de concordância com cada uma das seguintes afirmações:

1- Discordo totalmente	4-Nem concordo nem discordo	7- Concordo totalmente
-------------------------------	------	------------------------------------	------	-------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) O hospital providencia formação contínua aos seus colaboradores para melhoria do nível de prestação de serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) O hospital providencia formação a novos colaboradores sobre formas de lidar com pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) O hospital providencia formação aos seus colaboradores sobre formas de melhorar o serviço ao utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os colaboradores do hospital recebem treino sobre formas de lidar com problemas que os pacientes apresentam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) O hospital treina os seus colaboradores para saberem lidar com reclamações dos utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Indique o seu nível de concordância com cada uma das seguintes afirmações:

1- Discordo totalmente	4-Nem concordo nem discordo	7- Concordo totalmente
-------------------------------	------	------------------------------------	------	-------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) A administração tem a responsabilidade de promover e supervisionar o desenvolvimento de competências individuais dos colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) O hospital tem mecanismos de supervisão e avaliação que suportam o desenvolvimento de competências individuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A avaliação de desempenho inclui a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos colaboradores (por ex., mentores, supervisão clínica, análise de incidentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os coordenadores clínicos são responsáveis pelo desenvolvimento de competências dos seus colaboradores, via ambiente de aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Existem mecanismos formais que permitem aos colaboradores dialogar com as chefias antes e depois de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

acções de formação

f) Existem mecanismos formais de auscultação das necessidades dos utentes que informam a definição de estratégia de serviço do hospital ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

g) Existem procedimentos formais que permitem aprender com os erros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

h) A identificação de necessidades de desenvolvimento de competências está ligada à definição de estratégia de serviço do hospital ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

i) O hospital realiza inquéritos de satisfação aos colaboradores e divulga internamente os resultados ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SECÇÃO II: INFORMAÇÃO DE GESTÃO

1. Com que frequência são distribuídos aos serviços clínicos relatórios de acompanhamento, com informação sobre actividade clínica (produção)?

Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Outra, qual:

2. Com que frequência são distribuídos aos serviços clínicos relatórios de acompanhamento, com informação sobre custos da actividade clínica?

Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Outra, qual:

3. Em que medida o seu hospital utiliza presentemente cada uma das seguintes técnicas de contabilidade de gestão e controlo (considere, por favor, uso efectivo e não simples existência):

1- Nenhum uso	4-Algum uso	7- Uso muito elevado
----------------------	-------------	--------------------	-------------	-----------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Plano/orçamento incremental (<i>i.e.</i> actualização do ano anterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Plano/orçamento baseado em actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Análise de desvios (orçamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Método contabilístico dos centros de custos/secções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Custeio baseado nas actividades (<i>i.e.</i> “ <i>activity based costing</i> ”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Planeamento estratégico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Análises de rendibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Painel de bordo (<i>i.e.</i> <i>tableau de bord</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <i>Balanced scorecard</i> (BSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) KPIs (<i>i.e.</i> “ <i>key performance indicators</i> ” ou medidas chave de negócio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) <i>Benchmarking</i> a nível de desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) <i>Benchmarking</i> a nível de produtos ou processos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Indique, na sua opinião, quais das seguintes técnicas de contabilidade de gestão e controlo desejaria implementar e/ou melhorar no seu hospital:

1- Nada Importante	4-Médio	7- Muito Importante
-----------------------	------	---------	------	------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Plano/orçamento incremental (<i>i.e.</i> actualização do ano anterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Plano/orçamento baseado em actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Análise de desvios (orçamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Método contabilístico dos centros de custos/secções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Custeio baseado nas actividades (<i>i.e.</i> “ <i>activity based costing</i> ”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Planeamento estratégico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Análises de rendibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Painel de bordo (<i>i.e.</i> <i>tableau de bord</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <i>Balanced scorecard</i> (BSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) KPIs (<i>i.e.</i> “ <i>key performance indicators</i> ” ou medidas chave de negócio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- k) *Benchmarking* a nível de desempenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- l) *Benchmarking* a nível de produtos ou processos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Que princípios são utilizados na elaboração dos orçamentos (indique a opção que melhor descreve o procedimento do seu hospital)?

- a) Nenhum, não há elaboração de orçamentos ☐
- b) Predominantemente extrapolação de orçamentos dos anos anteriores com ajustamentos ☐
- c) Predominantemente definido pela gestão de topo em função do plano de actividades ☐
- d) Predominantemente definido pela gestão de topo mas com intervenção dos coordenadores clínicos em função de previsões de volume de actividade e preços ☐
- e) Processo estruturado de negociação na elaboração do orçamento com os responsáveis (por ex., coordenadores dos serviços clínicos) ☐

6. Em que medida o seu hospital utiliza as seguintes formas de controlo orçamental:

1- Nenhum uso	4-Algum uso	7- Uso muito elevado
----------------------	------	--------------------	------	-----------------------------

1 2 3 4 5 6 7

- a) As despesas são congeladas quando se atinge o limite orçamental (por ex., determinadas encomendas de material clínico não são realizadas) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- b) Corte no movimento assistencial (por ex., determinadas cirurgias programadas são diferidas para o próximo ano fiscal) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- c) Controlo pro-activo do orçamento, sendo definidas acções preventivas para não ultrapassar limites orçamentais ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- d) Análise detalhada de consumos que saem dos padrões de normalidade com os coordenadores clínicos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- e) Utilização de um sistema de compensação associado ao cumprimento dos níveis do orçamento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- f) Alterações na afectação de recursos humanos em função do cumprimento dos níveis de orçamento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Como classifica o desempenho dos sistemas de contabilidade de gestão existentes no seu hospital em termos de cada uma das dimensões seguintes?

1- Muito fraco	4-Satisfatório	7- Muito forte
-----------------------	------	-----------------------	------	-----------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Abrangência da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Detalhe da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Exactidão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eficiência de custo dos sistemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Desempenho global dos sistemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Como classifica o desempenho dos sistemas de controlo orçamental existentes no seu hospital em termos de cada uma das dimensões seguintes?

1- Muito fraco	4-Satisfatório	7- Muito forte
-----------------------	------	-----------------------	------	-----------------------

	1	2	3	4	5	6	7
a) Abrangência da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Detalhe da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Exactidão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eficiência de custo dos sistemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Desempenho global dos sistemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Como classificaria a contribuição dos sistemas actuais de contabilidade de gestão no seu conjunto para o desempenho global do seu hospital?

Obstáculo	Neutro			Muito Importante		
-3	-2	-1	0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Como classificaria a contribuição apenas dos sistemas actuais de controlo orçamental para o desempenho global do seu hospital, via ganhos de eficiência (ex. controlo de custos)?

Obstáculo			Neutro		Muito Importante	
-3	-2	-1	0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Quão satisfeito está com a resposta dos actuais sistemas de contabilidade de gestão no seu conjunto às necessidades de informação do seu hospital?

Muito Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Muito Satisfeito	
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Quão satisfeito está apenas com a resposta dos actuais sistemas de controlo orçamental às necessidades de informação do seu hospital?

Muito Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Muito Satisfeito	
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Se possível, descreva sucintamente o sistema de avaliação de desempenho e incentivos utilizado no hospital:

Anexo B – Listagem dos Hospitais Incluídos no Inquérito

Hospitais Públicos

Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
Centro Hospitalar de Coimbra
Centro Hospitalar Conde Ferreira
Centro Hospitalar da Cova da Beira
Centro Hospitalar de Lisboa - Zona Central
Centro Hospitalar do Nordeste
Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde
Centro Hospitalar de Torres Vedras
Hospitais da Universidade de Coimbra
Hospital Amadora Sintra
Hospital Amaro Lusitano
Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Hospital do Barlavento Algarvio
Hospital de Cândido de Figueiredo
Hospital Maria Pia
Hospital Central do Funchal
Hospital Conde de S. Bento
Hospital Curry Cabral
Hospital D^a Estefânia
Hospital Distrital de Águeda
Hospital Distrital de Faro
Hospital Distrital da Figueira da Foz
Hospital Distrital de Lagos
Hospital Distrital do Montijo
Hospital Distrital de Pombal
Hospital de Santa Maria da Feira
Hospital Distrital de Santarém
Hospital Divino Espírito Santo
Hospital Dr. Francisco Zagalo
Hospital Dr. José Maria Grande
Hospital Eduardo Santos Silva
Hospital Egas Moniz
Hospital do Espírito Santo
Hospital da Força Aérea
Hospital Garcia de Horta
Hospital Geral de Santo António
Hospital da Horta
Hospital Infante D. Pedro
Hospital Joaquim Urbano
Hospital José Joaquim Fernandes
Hospital José Luciano de Castro
Hospital de Júlio de Matos
Hospital Magalhães Lemos
Hospital da Marinha
Hospital Militar de Belém

Hospital Militar Principal
Hospital Militar Regional nº1
Hospital Regional nº2
Hospital Nossa Senhora da Ajuda
Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo
Hospital Nossa Senhora do Rosário
Hospital Ortopédico Santiago do Outão
Hospital Padre Médico - Vale do Sousa
Hospital Particular de Almada
Hospital Prisional S. João de Deus
Hospital Reynaldo dos Santos
Hospital de S. João
Hospital de Santa Maria
Hospital de Santo André
Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo
Hospital S. João de Deus
Hospital de São Teotónio
Hospital da Senhora da Oliveira
Hospital de Sousa Martins
Hospital Visconde Salreu

Hospitais Privados

Casa de Saúde de Amares
Casa de Saúde do Barreiro
Casa de Saúde da Boavista
Casa de Saúde de Carnaxide
Casa de Saúde de S. João de Deus
Casa de Saúde de Santa Catarina
Casa de Saúde de Santa Filomena
Casa de Saúde São Lazaro
Casa de Saúde de São Mateus
Casa de Saúde de São Miguel
Casa de Saúde de São Rafael
Casa de Senhor da Serra
Casa de Saúde do Telhal
Ordem Terceira da Santíssima Trindade
Hospital Particular de Lisboa
Hospitais Privados de Portugal - HPP Sul
Hospital de Arrábida - Gaia
Hospital Particular do Algarve
Hospital da Prelada
Hospital de Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS)
Hospital Santa Cecília
Hospital da Venerável Irmandade da Nossa Senhora da Lapa
Hospital das Descobertas
Hospital São João de Deus
Hospital de Jesus
Hospital Lar São João de Deus Fão
Hospital Ortopédico de Sant'Ana

Hospital CUF
Hospital Narciso Ferreira
Hospital Privado Santa Maria de Faro
Hospital Particular do Algarve

Fontes:

<http://www.oportaldasempresas.com/index.php?cc=lista&id=1069&categoria=Hospitais%20P%20F%20Ablicos>
http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/Contactos_Hospitais.pdf
<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/hospitais+convencionados.htm>
http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Mapa_Hospitais/

Anexo C – Tratamento Estatístico dos Questionários

Tabela C.1 – Estatísticas Descritivas para a Totalidade da Amostra

Painel A: Estatísticas para observações obtidas apenas a partir de questionários completos

<i>n=23</i>	IO	AE	RMP	CMP	RO	RO1	RO2	PB	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Média	3.3	4.23	4.09	4.07	4.34	3.83	4.60	3.60	3.09	3.81	5.22	4.86	4.04	3.92	5.50	4.81	4.50	5.61	5.61
Mediana	3	4.25	4	4.2	4.16	4	4.5	3.42	2.5	4	5.4	5	4	4	5.58	4.80	4.80	6	5
Desvio-Padrão	1.1	0.76	1.34	1.27	0.69	0.98	0.79	1.41	1.57	1.46	1.08	1.02	1.23	0.72	0.66	0.85	0.91	1.08	1.08
Coef. Variação	33.45%	17.91%	32.71%	31.10%	15.97%	25.72%	17.25%	39.34%	50.91%	38.24%	20.64%	20.89%	30.34%	18.35%	11.97%	17.67%	20.29%	19.19%	19.19%
Mínimo	2	2.25	1	1.2	2.83	1	3.5	1	1	1	2.2	2.67	1.56	2	4.42	2.2	2.6	3	3
Máximo	6	5.38	6.5	6.4	5.5	5	6.25	6.14	6	6.4	7	6.44	5.78	5.33	6.75	6	6	7	7
Skewness (padron.)	1.29	-1.08	-0.25	-0.51	0.24	-2.48	1.01	0.09	0.69	0.09	-2.09	-0.98	-0.45	-1.42	-0.06	-2.56	-0.91	-1.07	-0.60
Kurtosis (padron.)	0.07	0.57	0.06	-0.13	-0.29	1.84	-0.59	-0.86	-1.20	-0.48	1.75	-0.12	-0.91	1.37	-0.91	2.94	-0.50	0.09	-0.03

Estatísticas para 23 observações obtidas a partir de questionários respondidos integralmente.

Painel B: Estatísticas para todas as observações obtidas

	IO	AE	RMP	CMP	RO	RO1	RO2	PB	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Número	48	48	48	47	48	47	48	23	23	23	48	48	49	49	49	49	49	49	49
Média	3.31	4.14	4.20	3.94	4.23	3.71	4.48	3.6	3.09	3.81	5.05	4.62	3.78	3.70	5.46	4.49	4.42	5.45	5.41
Mediana	3	4.13	4	3.8	4.16	4	4.5	3.42	2.5	4	5.4	4.84	4	3.78	5.5	4.8	4.8	6	5
Desvio-Padrão	0.97	0.92	1.57	1.43	0.87	1.03	0.95	1.41	1.57	1.46	1.29	1.32	1.27	0.81	0.75	1.22	1.11	1.04	1.08
Coef. Variação	29.31%	22.10%	37.40%	36.33%	20.59%	27.76%	21.15%	39.34%	50.91%	38.24%	25.62%	28.49%	33.68%	21.94%	13.80%	27.06%	24.99%	19.12%	19.94%
Mínimo	2	1.63	1	1.2	1.83	1	2	1	1	1	2.2	1	1.44	1.67	3.83	1.2	1.2	3	3
Máximo	6	5.63	7	7	5.83	6	6.25	6.14	6	6.4	7	7	5.78	5.33	7	7	7	7	7
Skewness (padron.)	1.37	-2.09	-0.30	0.34	-0.67	-1.30	-0.72	0.09	0.69	0.09	-1.60	-1.95	-0.47	-1.63	-0.47	-1.75	-1.27	-1.57	-0.78
Kurtosis (padron.)	-0.005	0.60	-0.72	-0.37	0.01	0.29	0.17	-0.86	-1.20	-0.48	-0.53	0.67	-1.62	-0.16	-0.42	0.81	0.55	0.25	-0.17

Tabela C.2 – Estatísticas Descritivas para as Organizações Hospitalares Privadas *versus* Públicas

Painel A: Estatísticas para organizações hospitalares privadas

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Número	13	13	13	13	13	13	8	8	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Média	3.84	4.45	3.35	5.18	3.96	5.08	4.88	5.28	5.82	5.22	5.09	4.28	5.91	4.75	4.51	5.62	5.85
Mediana	4	4.5	3.5	5.4	4.5	5	5	5.1	5.8	5.56	5.22	4.22	5.92	4.8	4.8	6	6
Desvio-Padrão	1.14	0.64	1.28	1.01	1.05	0.80	0.69	0.89	0.88	1.46	0.60	0.31	0.58	0.86	0.92	1.04	1.14
Coef. Variação	29.73%	14.37%	38.28%	19.51%	26.51%	15.75%	14.24%	16.95%	15.22%	27.97%	11.81%	7.25%	9.88%	18.11%	20.38%	18.59%	19.56%
Mínimo	2	3.38	1	3	2	4	4	4.2	4	1	4	3.78	5.17	3	3	3	3
Máximo	6	5.38	5.5	7	5	6.25	6	6.4	7	6.67	5.78	4.78	7	6	5.8	7	7
Skewness (padron.)	0.51	-0.63	-0.96	-0.51	-1.51	0.28	0.18	0.12	-0.66	-3.25	-1.20	0.62	0.64	-0.73	-0.42	-1.68	-1.81
Kurtosis (padron.)	-0.46	-0.76	0.32	0.76	-0.02	-0.90	-0.32	-1.03	-0.01	4.42	-0.20	-0.43	-0.54	0.004	-0.70	1.80	1.52

Painel B: Estatísticas para organizações hospitalares públicas

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Número	35	35	35	34	34	35	15	15	35	35	36	36	36	36	36	36	36
Média	3.11	4.02	4.51	3.45	3.61	4.26	2.13	3.02	4.76	4.4	3.29	3.48	5.29	4.4	4.39	5.38	5.25
Mediana	3	4.13	5	3.3	3.75	4.25	2	3.4	5	4.22	3.11	3.67	5.42	4.7	4.7	5	5
Desvio-Padrão	0.83	0.98	1.56	1.27	1.02	0.91	0.91	1.02	1.31	1.2	1.1	0.83	0.74	1.31	1.17	1.04	1.02
Coef. Variação	26.72%	24.38%	34.66%	36.92%	28.28%	21.39%	42.91%	33.87%	27.60%	27.43%	33.40%	23.95%	14.07%	29.97%	26.77%	19.48%	19.52%
Mínimo	2	1.63	1	1.2	1	2	1	1	2.2	1.44	1.44	1.67	3.83	1.2	1.2	3	3
Máximo	5	5.63	7	7	6	6	4.5	4.4	7	7	5.2	5.33	7	7	7	7	7
Skewness (padron.)	0.24	-1.43	-0.52	1.06	-0.75	-0.81	1.7	-0.68	-0.94	-0.7	0.2	-0.37	-0.21	-1.21	-1.07	-0.96	-0.07
Kurtosis (padron.)	-1.02	0.1	-0.88	1.12	0.92	0.15	1.67	-0.71	-0.83	0.23	-1.27	-0.32	-0.56	0.31	0.51	-0.05	0.14

Tabela C.3 – Estatísticas Descritivas para as Organizações Hospitalares Inovadoras *versus* Conservadoras

Painel A: Estatísticas para organizações hospitalares inovadoras

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Número	19	19	19	19	18	19	9	9	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Média	4,32	4,63	4,74	4,86	4,33	5,17	3,39	4,13	5,74	5,25	4,24	3,99	5,66	5,13	5,02	5,79	5,58
Mediana	4	4,88	5	4,8	4,5	5,25	3	4,2	5,8	5,33	4,33	4,11	5,58	5	5	6	6
Desvio-Padrão	0,58	0,51	1,58	1,12	0,99	0,56	1,56	1,47	0,90	0,90	1,09	0,62	0,71	0,89	0,78	0,71	1,02
Coef. Variação	13,49%	11,02%	33,45%	22,94%	22,74%	10,74%	45,94%	35,64%	15,64%	17,11%	25,70%	15,50%	12,47%	17,31%	15,53%	12,32%	18,24%
Mínimo	4	3,63	1	3	2	4,25	1,5	2,2	4,2	3,89	2,44	2,67	4,25	3	3,6	4	4
Máximo	6	5,5	7	7	6	6,25	6	6,2	7	7	5,78	4,78	7	7	7	7	7
Skewness (padron.)	3,14	-0,73	-0,97	0,77	-1,79	-0,16	0,56	0,18	-0,17	0,44	-0,40	-1,54	0,65	-0,13	1,16	-1,23	-0,11
Kurtosis (padron.)	2,26	-0,72	0,19	-0,07	0,96	-0,10	-0,69	-0,54	-0,68	-0,51	-1,20	0,03	0,37	1,17	1,05	1,12	-0,87

Painel B: Estatísticas para organizações hospitalares conservadoras

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
Número	29	29	29	28	29	29	14	14	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Média	2,66	3,82	3,84	3,31	3,33	4,03	2,89	3,6	4,6	4,22	3,48	3,51	5,36	4,13	4,08	5,28	5,31
Mediana	3	3,75	3,5	3,2	3,5	4	2,25	3,9	4,8	4,22	3,67	3,67	5,5	4	4	5	5
Desvio-Padrão	0,48	0,99	1,48	1,28	0,87	0,89	1,61	1,46	1,33	1,40	1,33	0,89	0,76	1,24	1,13	1,16	1,14
Coef. Variação	18,22%	25,79%	38,56%	38,72%	26,11%	21,95%	55,57%	40,59%	28,86%	33,22%	38,24%	25,26%	14,13%	30,05%	27,60%	22,02%	21,41%
Mínimo	2	1,63	1	1,2	1	2	1	1	2,2	1	1,44	1,67	3,83	1,2	1,2	3	3
Máximo	3	5,63	6,5	6	4,5	6,25	5,5	6,4	6,8	6,44	5,78	5,33	6,42	6	6	7	7
Skewness (padron.)	-1,51	-0,59	0,17	0,79	-2,11	0,62	0,62	0,01	-0,76	-1,12	0,08	-0,56	-1,00	-1,32	-0,93	-0,64	-0,78
Kurtosis (padron.)	-1,81	-0,02	-0,39	0,08	0,94	1,78	-1,05	-0,14	-1,12	-0,22	-1,44	-0,39	-0,94	0,24	-0,20	-0,17	0,12

Tabela C.4 – Diferenças entre os diversos factores para diferentes tipos de organizações hospitalares (*One-way* ANOVA e outros)

Painel A: Organizações Hospitalares Públicas *versus* Privadas

	Privado		Publico		ANOVA F		Kruskal-Wallis		Mood's	
	Mediana	D.P.	Mediana	D.P.						
IO	4	1,14	3	0,83	0,97	<i>0,4756</i>	4,0889	<i>0,39411</i>	2,9852	<i>0,56031</i>
AE	4,5	0,64	4,13	0,98	0,74	<i>0,6685</i>	6,9370	<i>0,54345</i>	6,9643	<i>0,54049</i>
RMP	3,5	1,28	5	1,56	0,88	<i>0,5611</i>	5,6471	<i>0,46386</i>	7,1319	<i>0,30882</i>
CMP	5,4	1,01	3,3	1,27	0,36	<i>0,8964</i>	5,3900	<i>0,71520</i>	7,1319	<i>0,52247</i>
RO	4,5	0,73	3,83	0,87	1,1	<i>0,5262</i>	8,4140	<i>0,49302</i>	10,888	<i>0,28350</i>
RO1	4,5	1,05	3,75	1,02	0,4	<i>0,8375</i>	2,1364	<i>0,82997</i>	4,7847	<i>0,44271</i>
RO2	5	0,80	4,25	0,91	0,21	<i>0,9705</i>	4,0504	<i>0,85255</i>	6,9643	<i>0,54049</i>
PB	5,14	0,63	3	0,91	0,55	<i>0,7724</i>	4,8395	<i>0,56456</i>	6	<i>0,42319</i>
PB1	5	0,69	2	0,91	3,19	<i>0,1841</i>	5,3667	<i>0,25170</i>	8	<i>0,09158</i>
PB2	5,1	0,89	3,4	1,02	0,76	<i>0,653</i>	3,6494	<i>0,60091</i>	4	<i>0,54942</i>
PF1	5,8	0,88	5	1,31	3,84	<i>0,1477</i>	11,492	<i>0,24351</i>	10,988	<i>0,27653</i>
PF2	5,56	1,46	4,22	1,20	7,68	<i>0,2712</i>	11,470	<i>0,40480</i>	13	<i>0,29333</i>
SI	5,22	0,60	3,11	1,10	7,65	<i>0,0332</i>	11,341	<i>0,18313</i>	10,988	<i>0,20238</i>
SC	4,22	0,31	3,67	0,83	4,49	<i>0,0586</i>	9,7	<i>0,20622</i>	6,2937	<i>0,50591</i>
ISIC	5,92	0,58	5,42	0,74	0,64	<i>0,7336</i>	8,2707	<i>0,50711</i>	10,988	<i>0,27653</i>
DSCG	4,8	0,86	4,7	1,31	0,67	<i>0,7276</i>	8,8729	<i>0,54421</i>	8,9762	<i>0,53437</i>
DSCO	4,8	0,92	4,7	1,17	0,86	<i>0,5864</i>	7,0305	<i>0,42571</i>	6,9643	<i>0,43261</i>
CSCG	6	1,04	5	1,04	4,64	<i>0,0317</i>	6,5526	<i>0,08761</i>	3,9464	<i>0,26730</i>
CSCO	6	1,14	5	1,02	2,75	<i>0,1045</i>	5,2232	<i>0,15617</i>	9,2444	<i>0,02621</i>

Valores de prova em itálico.

Painel B: Organizações Hospitalares Inovadoras versus Conservadoras

	Conservador		Inovador		ANOVA F		Kruskal-Wallis		Mood's	
	Mediana	D.P.	Mediana	D.P.						
IO	3	0,48	4	0,58	4,96	<i>0,0398</i>	4,60606	<i>0,03186</i>	4,9351	<i>0,02631</i>
AE	3,75	0,99	4,88	0,51	0,29	<i>0,9673</i>	7,29163	<i>0,83776</i>	11,286	<i>0,50455</i>
RMP	3,5	1,48	5	1,58	1,15	<i>0,4184</i>	10,2449	<i>0,33103</i>	13,986	<i>0,12282</i>
CMP	3,2	1,28	4,8	1,12	0,51	<i>0,8412</i>	8,36412	<i>0,68036</i>	11,925	<i>0,36931</i>
RO	3,67	0,74	4,83	0,58	1,14	<i>0,4135</i>	9,36027	<i>0,31282</i>	11,646	<i>0,16770</i>
RO1	3,5	0,87	4,5	0,99	0,78	<i>0,5607</i>	2,98045	<i>0,56110</i>	3,6234	<i>0,45937</i>
RO2	4	0,89	5,25	0,56	0,66	<i>0,7295</i>	6,5538	<i>0,68346</i>	9,7171	<i>0,37387</i>
PB	3,43	1,42	3,86	1,44	0,37	<i>0,8559</i>	4,13333	<i>0,65864</i>	6,975	<i>0,32317</i>
PB1	2,25	1,61	3	1,56	0,64	<i>0,6628</i>	2,82353	<i>0,58778</i>	3,6	<i>0,46284</i>
PB2	3,9	1,46	4,2	1,47	0,25	<i>0,9238</i>	3,84746	<i>0,69731</i>	4,95	<i>0,55024</i>
PF1	4,8	1,33	5,8	0,90	1,98	<i>0,2332</i>	15,0308	<i>0,30543</i>	14,898	<i>0,31378</i>
PF2	4,22	1,40	5,33	0,90	1,57	<i>0,3962</i>	16,8988	<i>0,32495</i>	19	<i>0,21373</i>
SI	3,67	1,33	4,33	1,09	1,09	<i>0,5184</i>	13,7654	<i>0,46733</i>	15,992	<i>0,31388</i>
SC	3,67	0,89	4,11	0,62	1,99	<i>0,2309</i>	14,8993	<i>0,31368</i>	12,315	<i>0,50201</i>
ISIC	5,5	0,76	5,58	0,71	0,47	<i>0,8742</i>	10,1971	<i>0,67774</i>	10,309	<i>0,66847</i>
DSCG	4	1,24	5	0,89	0,48	<i>0,8679</i>	11,7466	<i>0,46624</i>	16,326	<i>0,17676</i>
DSCO	4	1,13	5	0,78	5,93	<i>0,0302</i>	16,7531	<i>0,21084</i>	16,135	<i>0,24192</i>
CSCG	5	1,16	6	0,71	0,67	<i>0,6208</i>	3,00419	<i>0,55712</i>	1,9359	<i>0,74754</i>
CSCO	5	1,14	6	1,02	0,59	<i>0,6736</i>	2,39119	<i>0,66422</i>	1,3511	<i>0,85265</i>

Valores de prova em itálico.

Tabela C.5 – Matrizes de Correlações para a Totalidade da Amostra

Painel A: Correlações para observações obtidas apenas a partir de questionários completos

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		0.2612	-0.2187	0.4521	0.4061	0.496	0.3898	0.3315	0.3315	0.1824	0.2878	0.2354	0.2393	0.152	0.3215	0.2576	0.1811
		<i>0.2286</i>	<i>0.3161</i>	<i>0.0303</i>	<i>0.0545</i>	<i>0.0161</i>	<i>0.066</i>	<i>0.1223</i>	<i>0.1223</i>	<i>0.4049</i>	<i>0.1829</i>	<i>0.2796</i>	<i>0.2714</i>	<i>0.4888</i>	<i>0.1347</i>	<i>0.2354</i>	<i>0.4082</i>
AE	0.2726		0.4048	0.3429	0.1614	0.5683	0.224	0.462	0.5401	0.6521	0.4154	-0.067	0.271	0.2995	0.3126	0.5733	0.3708
	<i>0.2011</i>		<i>0.0554</i>	<i>0.1092</i>	<i>0.462</i>	<i>0.0047</i>	<i>0.3041</i>	<i>0.0265</i>	<i>0.0078</i>	<i>0.0007</i>	<i>0.0487</i>	<i>0.7614</i>	<i>0.2109</i>	<i>0.1651</i>	<i>0.1465</i>	<i>0.0042</i>	<i>0.0816</i>
RMP	-0.0265	0.4433		0.0231	-0.1607	0.1684	-0.1768	0.0206	0.182	0.2173	-0.0067	0.0179	0.21	-0.0167	0.1159	0.4196	0.1511
	<i>0.9013</i>	<i>0.0376</i>		<i>0.9166</i>	<i>0.4638</i>	<i>0.4424</i>	<i>0.4196</i>	<i>0.9257</i>	<i>0.4059</i>	<i>0.3193</i>	<i>0.9758</i>	<i>0.9353</i>	<i>0.3361</i>	<i>0.9397</i>	<i>0.5986</i>	<i>0.0462</i>	<i>0.4913</i>
CMP	0.5135	0.2835	0.0335		0.2437	0.7648	0.6824	0.8132	0.6166	0.7133	0.6944	0.1269	0.3744	0.1025	0.1026	0.1677	0.2278
	<i>0.016</i>	<i>0.1836</i>	<i>0.8753</i>		<i>0.2625</i>	<i>0.0000</i>	<i>0.0003</i>	<i>0.0000</i>	<i>0.0017</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.0002</i>	<i>0.5639</i>	<i>0.0784</i>	<i>0.6415</i>	<i>0.6413</i>	<i>0.4443</i>	<i>0.2959</i>
RO1	0.5316	0.3023	-0.1248	0.2961		0.2703	0.1939	0.0487	-0.027	0.0745	-0.0251	0.0502	-0.2126	-0.0253	-0.0009	-0.1745	-0.3033
	<i>0.0127</i>	<i>0.1562</i>	<i>0.5584</i>	<i>0.1649</i>		<i>0.2123</i>	<i>0.3752</i>	<i>0.8255</i>	<i>0.9025</i>	<i>0.7355</i>	<i>0.9096</i>	<i>0.8201</i>	<i>0.3302</i>	<i>0.9088</i>	<i>0.9968</i>	<i>0.4259</i>	<i>0.1595</i>
RO2	0.5996	0.5576	0.1856	0.7595	0.3117		0.3393	0.6149	0.53	0.6452	0.5355	0.2419	0.4014	0.5282	0.4325	0.2998	0.2599
	<i>0.0049</i>	<i>0.0089</i>	<i>0.3841</i>	<i>0.0004</i>	<i>0.1437</i>		<i>0.1132</i>	<i>0.0018</i>	<i>0.0093</i>	<i>0.0009</i>	<i>0.0085</i>	<i>0.2662</i>	<i>0.0576</i>	<i>0.0096</i>	<i>0.0393</i>	<i>0.1646</i>	<i>0.2311</i>
PB1	0.3184	0.2098	-0.1674	0.6956	0.2615	0.3348		0.7761	0.504	0.5768	0.7177	0.2769	0.3421	-0.2287	-0.1075	0.2629	0.3839
	<i>0.1354</i>	<i>0.3251</i>	<i>0.4323</i>	<i>0.0011</i>	<i>0.22</i>	<i>0.1163</i>		<i>0.0000</i>	<i>0.0142</i>	<i>0.004</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.2008</i>	<i>0.11</i>	<i>0.2939</i>	<i>0.6253</i>	<i>0.2254</i>	<i>0.0705</i>
PB2	0.3304	0.2837	-0.0475	0.8246	0.0542	0.5485	0.7982		0.5586	0.6896	0.7375	0.1023	0.4716	0.0778	0.206	0.4488	0.53
	<i>0.1212</i>	<i>0.1833</i>	<i>0.8235</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.7992</i>	<i>0.0101</i>	<i>0.0002</i>		<i>0.0056</i>	<i>0.0003</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.6424</i>	<i>0.0231</i>	<i>0.7242</i>	<i>0.3458</i>	<i>0.0317</i>	<i>0.0093</i>
PF1	0.2716	0.365	0.1926	0.6122	-0.0218	0.5618	0.3967	0.4663		0.8298	0.8536	0.1408	0.5861	0.1926	0.187	0.3748	0.5317
	<i>0.2027</i>	<i>0.0869</i>	<i>0.3662</i>	<i>0.0041</i>	<i>0.9185</i>	<i>0.0084</i>	<i>0.0628</i>	<i>0.0287</i>		<i>0.0000</i>	<i>0.0000</i>	<i>0.5216</i>	<i>0.0033</i>	<i>0.3786</i>	<i>0.3929</i>	<i>0.078</i>	<i>0.009</i>
PF2	0.1849	0.5549	0.2112	0.6754	0.1707	0.6229	0.5708	0.5948	0.7599		0.7869	0.0749	0.483	0.0895	0.0133	0.3833	0.397
	<i>0.3857</i>	<i>0.0092</i>	<i>0.3218</i>	<i>0.0015</i>	<i>0.4233</i>	<i>0.0035</i>	<i>0.0074</i>	<i>0.0053</i>	<i>0.0004</i>		<i>0.0000</i>	<i>0.7341</i>	<i>0.0196</i>	<i>0.6848</i>	<i>0.9519</i>	<i>0.071</i>	<i>0.0607</i>
SI	0.2743	0.2928	0.006	0.7265	0.0205	0.5224	0.6719	0.7243	0.8533	0.7627		0.4103	0.6853	0.2265	0.2513	0.354	0.6215
	<i>0.1982</i>	<i>0.1697</i>	<i>0.9775</i>	<i>0.0007</i>	<i>0.9234</i>	<i>0.0143</i>	<i>0.0016</i>	<i>0.0007</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.0003</i>		<i>0.0518</i>	<i>0.0003</i>	<i>0.2987</i>	<i>0.2474</i>	<i>0.0975</i>	<i>0.0015</i>
SC	0.2477	-0.049	-0.0997	0.3354	0.1338	0.2618	0.2811	0.2179	0.2818	0.2154	0.4409		0.5132	0.337	0.3083	0.2027	0.3472
	<i>0.2454</i>	<i>0.8183</i>	<i>0.6401</i>	<i>0.1157</i>	<i>0.5301</i>	<i>0.2194</i>	<i>0.1873</i>	<i>0.3069</i>	<i>0.1862</i>	<i>0.3124</i>	<i>0.0386</i>		<i>0.0123</i>	<i>0.1159</i>	<i>0.1524</i>	<i>0.3537</i>	<i>0.1046</i>
ISIC	0.2238	0.1635	0.234	0.4629	-0.1525	0.3692	0.2808	0.4708	0.6071	0.5161	0.6591	0.4139		0.2644	0.3257	0.5531	0.6866
	<i>0.2938</i>	<i>0.4431</i>	<i>0.2725</i>	<i>0.0299</i>	<i>0.4744</i>	<i>0.0834</i>	<i>0.1879</i>	<i>0.0272</i>	<i>0.0044</i>	<i>0.0155</i>	<i>0.002</i>	<i>0.0522</i>		<i>0.2228</i>	<i>0.1294</i>	<i>0.0062</i>	<i>0.0003</i>
DSCG	0.1649	0.4139	0.2477	0.074	0.0852	0.4651	-0.3059	0.013	0.3502	0.2027	0.2071	0.3023	0.3296		0.827	0.0437	0.2724
	<i>0.4391</i>	<i>0.0522</i>	<i>0.2452</i>	<i>0.7284</i>	<i>0.6896</i>	<i>0.0291</i>	<i>0.1514</i>	<i>0.9514</i>	<i>0.1005</i>	<i>0.3417</i>	<i>0.3313</i>	<i>0.1562</i>	<i>0.1221</i>		<i>0.0000</i>	<i>0.8432</i>	<i>0.2086</i>
DSCO	0.3283	0.3	0.2022	0.1392	0.0817	0.4407	-0.1429	0.2273	0.2506	0.1083	0.2565	0.189	0.3987	0.8488		0.1417	0.3269
	<i>0.1236</i>	<i>0.1594</i>	<i>0.3429</i>	<i>0.5138</i>	<i>0.7017</i>	<i>0.0387</i>	<i>0.5028</i>	<i>0.2863</i>	<i>0.2399</i>	<i>0.6115</i>	<i>0.2289</i>	<i>0.3754</i>	<i>0.0615</i>	<i>0.0001</i>		<i>0.5189</i>	<i>0.1279</i>
CSCG	0.2441	0.4527	0.4782	0.2058	-0.1213	0.2647	0.1886	0.3483	0.2412	0.3385	0.2681	0.1551	0.5315	0.1019	0.1934		0.7645
	<i>0.2522</i>	<i>0.0337</i>	<i>0.0249</i>	<i>0.3343</i>	<i>0.5695</i>	<i>0.2144</i>	<i>0.3763</i>	<i>0.1023</i>	<i>0.2578</i>	<i>0.1124</i>	<i>0.2086</i>	<i>0.4668</i>	<i>0.0127</i>	<i>0.6326</i>	<i>0.3644</i>		<i>0.0000</i>
CSCO	0.1111	0.1855	0.16	0.2889	-0.2657	0.2051	0.2973	0.4754	0.5303	0.3595	0.5755	0.3402	0.6696	0.2601	0.3529	0.7124	
	<i>0.6023</i>	<i>0.3843</i>	<i>0.4531</i>	<i>0.1755</i>	<i>0.2126</i>	<i>0.336</i>	<i>0.1631</i>	<i>0.0258</i>	<i>0.0129</i>	<i>0.0918</i>	<i>0.0069</i>	<i>0.1105</i>	<i>0.0017</i>	<i>0.2224</i>	<i>0.0979</i>	<i>0.0008</i>	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *itálico*.

23 observações obtidas a partir de questionários respondidos integralmente.

Painel B: Correlações para todas as observações obtidas

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		0.3787 <i>0.008</i> 48	0.14 <i>0.3426</i> 48	0.4681 <i>0.0009</i> 47	0.4434 <i>0.0018</i> 47	0.5705 <i>0.0000</i> 48	0.3898 <i>0.066</i> 23	0.3315 <i>0.1223</i> 23	0.3938 <i>0.0056</i> 48	0.2878 <i>0.0473</i> 48	0.2956 <i>0.0414</i> 48	0.3237 <i>0.0248</i> 48	0.2899 <i>0.0457</i> 48	0.3793 <i>0.0078</i> 48	0.431 <i>0.0022</i> 48	0.251 <i>0.0853</i> 48	0.156 <i>0.2896</i> 48
AE	0.4213 <i>0.0039</i> 48		0.5479 <i>0.0001</i> 48	0.5608 <i>0.0000</i> 47	0.322 <i>0.0273</i> 47	0.5909 <i>0.0000</i> 48	0.224 <i>0.3041</i> 23	0.462 <i>0.0265</i> 23	0.7231 <i>0.0000</i> 48	0.7465 <i>0.0000</i> 48	0.5816 <i>0.0000</i> 48	0.4566 <i>0.0011</i> 48	0.5107 <i>0.0002</i> 48	0.533 <i>0.0001</i> 48	0.5102 <i>0.0002</i> 48	0.459 <i>0.001</i> 48	0.1949 <i>0.1842</i> 48
RMP	0.2503 <i>0.0861</i> 48	0.5861 <i>0.0001</i> 48		0.2219 <i>0.1339</i> 47	0.0843 <i>0.5734</i> 47	0.3438 <i>0.0167</i> 48	-0.1768 <i>0.4196</i> 23	0.0206 <i>0.9257</i> 23	0.4915 <i>0.0004</i> 48	0.4797 <i>0.0006</i> 48	0.1071 <i>0.4687</i> 48	0.1867 <i>0.2039</i> 48	0.2115 <i>0.149</i> 48	0.4272 <i>0.0025</i> 48	0.5566 <i>0.0000</i> 48	0.5184 <i>0.0002</i> 48	0.2495 <i>0.0872</i> 48
CMP	0.5276 <i>0.0003</i> 47	0.5175 <i>0.0004</i> 47	0.2317 <i>0.116</i> 47		0.3763 <i>0.0099</i> 46	0.7578 <i>0.0000</i> 47	0.6824 <i>0.0003</i> 23	0.8132 <i>0.0000</i> 23	0.667 <i>0.0000</i> 47	0.7231 <i>0.0000</i> 47	0.736 <i>0.0000</i> 47	0.5114 <i>0.0002</i> 47	0.3914 <i>0.0065</i> 47	0.4826 <i>0.0006</i> 47	0.4072 <i>0.0045</i> 47	0.3212 <i>0.0277</i> 47	0.2253 <i>0.1279</i> 47
RO1	0.4792 <i>0.0012</i> 47	0.3612 <i>0.0143</i> 47	0.0741 <i>0.6154</i> 47	0.4251 <i>0.0044</i> 46		0.5247 <i>0.0002</i> 47	0.1939 <i>0.3752</i> 23	0.0487 <i>0.8255</i> 23	0.2798 <i>0.0568</i> 47	0.395 <i>0.006</i> 47	0.211 <i>0.1545</i> 47	0.1838 <i>0.2161</i> 47	0.1842 <i>0.2151</i> 47	0.2942 <i>0.0447</i> 47	0.1805 <i>0.2247</i> 47	0.0775 <i>0.6047</i> 47	-0.0971 <i>0.5164</i> 47
RO2	0.6343 <i>0.0000</i> 48	0.5825 <i>0.0001</i> 48	0.3255 <i>0.0257</i> 48	0.7686 <i>0.0000</i> 47	0.5311 <i>0.0003</i> 47		0.3393 <i>0.1132</i> 23	0.6149 <i>0.0018</i> 23	0.626 <i>0.0000</i> 48	0.592 <i>0.0000</i> 48	0.5158 <i>0.0002</i> 48	0.4343 <i>0.002</i> 48	0.4204 <i>0.0029</i> 48	0.5937 <i>0.0000</i> 48	0.5331 <i>0.0001</i> 48	0.3225 <i>0.0254</i> 48	0.1583 <i>0.2825</i> 48
PB1	0.3184 <i>0.1354</i> 23	0.2098 <i>0.3251</i> 23	-0.1674 <i>0.4323</i> 23	0.6956 <i>0.0011</i> 23	0.2615 <i>0.22</i> 23	0.3348 <i>0.1163</i> 23		0.7761 <i>0.0000</i> 23	0.504 <i>0.0142</i> 23	0.5768 <i>0.004</i> 23	0.7177 <i>0.0001</i> 23	0.2769 <i>0.2008</i> 23	0.3421 <i>0.11</i> 23	-0.2287 <i>0.2939</i> 23	-0.1075 <i>0.6253</i> 23	0.2629 <i>0.2254</i> 23	0.3839 <i>0.0705</i> 23
PB2	0.3304 <i>0.1212</i> 23	0.2837 <i>0.1833</i> 23	-0.0475 <i>0.8235</i> 23	0.8246 <i>0.0001</i> 23	0.0542 <i>0.7992</i> 23	0.5485 <i>0.0101</i> 23	0.7982 <i>0.0002</i> 23		0.5586 <i>0.0056</i> 23	0.6896 <i>0.0003</i> 23	0.7375 <i>0.0001</i> 23	0.1023 <i>0.6424</i> 23	0.4716 <i>0.0231</i> 23	0.0778 <i>0.7242</i> 23	0.206 <i>0.3458</i> 23	0.4488 <i>0.0317</i> 23	0.53 <i>0.0093</i> 23
PF1	0.4 <i>0.0061</i> 48	0.6228 <i>0.0000</i> 48	0.4748 <i>0.0011</i> 48	0.616 <i>0.0000</i> 47	0.2771 <i>0.0602</i> 47	0.5967 <i>0.0000</i> 48	0.3967 <i>0.0628</i> 23	0.4663 <i>0.0287</i> 23		0.838 <i>0.0000</i> 48	0.6712 <i>0.0000</i> 48	0.4213 <i>0.0029</i> 48	0.5206 <i>0.0001</i> 48	0.5814 <i>0.0000</i> 48	0.5716 <i>0.0000</i> 48	0.4346 <i>0.002</i> 48	0.3657 <i>0.0106</i> 48
PF2	0.2801 <i>0.0548</i> 48	0.6846 <i>0.0000</i> 48	0.4011 <i>0.006</i> 48	0.6767 <i>0.0000</i> 47	0.3908 <i>0.008</i> 47	0.5667 <i>0.0001</i> 48	0.5708 <i>0.0074</i> 23	0.5948 <i>0.0053</i> 23	0.8018 <i>0.0000</i> 48		0.6728 <i>0.0000</i> 48	0.424 <i>0.0027</i> 48	0.4632 <i>0.0009</i> 48	0.5603 <i>0.0000</i> 48	0.4812 <i>0.0005</i> 48	0.5424 <i>0.0001</i> 48	0.4097 <i>0.0038</i> 48
SI	0.294 <i>0.0438</i> 48	0.5098 <i>0.0005</i> 48	0.1139 <i>0.4348</i> 48	0.7389 <i>0.0000</i> 47	0.2452 <i>0.0963</i> 47	0.5252 <i>0.0003</i> 48	0.6719 <i>0.0016</i> 23	0.7243 <i>0.0007</i> 23	0.6898 <i>0.0000</i> 48	0.7293 <i>0.0000</i> 48		0.6308 <i>0.0000</i> 49	0.5291 <i>0.0001</i> 49	0.4164 <i>0.0029</i> 49	0.3364 <i>0.0181</i> 49	0.3326 <i>0.0195</i> 49	0.4057 <i>0.0038</i> 49
SC	0.3435 <i>0.0185</i> 48	0.38 <i>0.0092</i> 48	0.145 <i>0.3202</i> 48	0.5161 <i>0.0005</i> 47	0.1906 <i>0.1961</i> 47	0.4053 <i>0.0055</i> 48	0.2811 <i>0.1873</i> 23	0.2179 <i>0.3069</i> 23	0.3812 <i>0.009</i> 48	0.4139 <i>0.0045</i> 48	0.6254 <i>0.0000</i> 49		0.5604 <i>0.0000</i> 49	0.5555 <i>0.0000</i> 49	0.4462 <i>0.0013</i> 49	0.34 <i>0.0169</i> 49	0.2607 <i>0.0704</i> 49
ISIC	0.214 <i>0.1424</i> 48	0.4321 <i>0.0031</i> 48	0.2388 <i>0.1015</i> 48	0.3612 <i>0.0143</i> 47	0.1327 <i>0.368</i> 47	0.3422 <i>0.019</i> 48	0.2808 <i>0.1879</i> 23	0.4708 <i>0.0272</i> 23	0.496 <i>0.0007</i> 48	0.4751 <i>0.0011</i> 48	0.5452 <i>0.0002</i> 49	0.4738 <i>0.001</i> 49		0.3875 <i>0.0059</i> 49	0.339 <i>0.0172</i> 49	0.3583 <i>0.0115</i> 49	0.164 <i>0.2601</i> 49
DSCG	0.3861 <i>0.0081</i> 48	0.5475 <i>0.0002</i> 48	0.3961 <i>0.0066</i> 48	0.4016 <i>0.0065</i> 47	0.2866 <i>0.0519</i> 47	0.4795 <i>0.001</i> 48	-0.3059 <i>0.1514</i> 23	0.013 <i>0.9514</i> 23	0.5442 <i>0.0002</i> 48	0.4799 <i>0.001</i> 48	0.465 <i>0.0013</i> 49	0.5436 <i>0.0002</i> 49	0.4021 <i>0.0053</i> 49		0.8536 <i>0.0000</i> 49	0.4593 <i>0.0009</i> 49	0.307 <i>0.0319</i> 49
DSCO	0.4193 <i>0.004</i> 48	0.5253 <i>0.0003</i> 48	0.5268 <i>0.0003</i> 48	0.3283 <i>0.026</i> 47	0.1994 <i>0.1763</i> 47	0.4466 <i>0.0022</i> 48	-0.1429 <i>0.5028</i> 23	0.2273 <i>0.2863</i> 23	0.5609 <i>0.0001</i> 48	0.413 <i>0.0046</i> 48	0.3766 <i>0.0091</i> 49	0.4025 <i>0.0053</i> 49	0.3856 <i>0.0076</i> 49	0.8118 <i>0.0000</i> 49		0.464 <i>0.0008</i> 49	0.3827 <i>0.0066</i> 49
CSCG	0.2436 <i>0.0949</i> 48	0.4984 <i>0.0006</i> 48	0.4915 <i>0.0008</i> 48	0.3218 <i>0.029</i> 47	0.0749 <i>0.6116</i> 47	0.258 <i>0.077</i> 48	0.1886 <i>0.3763</i> 23	0.3483 <i>0.1023</i> 23	0.3832 <i>0.0086</i> 48	0.5068 <i>0.0005</i> 48	0.3771 <i>0.009</i> 49	0.393 <i>0.0065</i> 49	0.4263 <i>0.0031</i> 49	0.4504 <i>0.0018</i> 49	0.4106 <i>0.0044</i> 49		0.7233 <i>0.0000</i> 49
CSCO	0.1187 <i>0.4159</i> 48	0.1658 <i>0.2558</i> 48	0.1578 <i>0.2793</i> 48	0.2186 <i>0.1381</i> 47	-0.123 <i>0.4042</i> 47	0.0932 <i>0.523</i> 48	0.2973 <i>0.1631</i> 23	0.4754 <i>0.0258</i> 23	0.3146 <i>0.031</i> 48	0.3549 <i>0.015</i> 48	0.4447 <i>0.0021</i> 49	0.3068 <i>0.0335</i> 49	0.1865 <i>0.1963</i> 49	0.2982 <i>0.0388</i> 49	0.3207 <i>0.0263</i> 49	0.6342 <i>0.0000</i> 49	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *italico*.

Número de observações (min.-máx.: 23-49).

Tabela C.6 – Matrizes de Correlações para as Organizações Hospitalares Privadas e Públicas

Painel A: Correlações para as variáveis construídas a partir de dados das organizações hospitalares privadas

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		0.3501 <i>0.241</i>	-0.2735 <i>0.3659</i>	0.2283 <i>0.4531</i>	0.3764 <i>0.205</i>	0.2874 <i>0.341</i>	0.1327 <i>0.754</i>	-0.1325 <i>0.7544</i>	0.1343 <i>0.6618</i>	0.1494 <i>0.6261</i>	-0.0703 <i>0.8194</i>	0.3929 <i>0.1842</i>	-0.0254 <i>0.9343</i>	0.3139 <i>0.2963</i>	0.4295 <i>0.143</i>	0.3651 <i>0.2199</i>	0.2353 <i>0.439</i>
AE	0.3571 <i>0.216</i>		0.4707 <i>0.1045</i>	0.6515 <i>0.0159</i>	0.602 <i>0.0295</i>	0.8344 <i>0.0004</i>	-0.2322 <i>0.5799</i>	0.8091 <i>0.015</i>	0.43 <i>0.1425</i>	0.5684 <i>0.0427</i>	0.3191 <i>0.2879</i>	0.1867 <i>0.5414</i>	0.1887 <i>0.5369</i>	0.7813 <i>0.0016</i>	0.7508 <i>0.0031</i>	0.4262 <i>0.1464</i>	0.2224 <i>0.4652</i>
RMP	-0.1689 <i>0.5585</i>	0.4957 <i>0.0859</i>		0.7505 <i>0.0031</i>	0.274 <i>0.365</i>	0.643 <i>0.0178</i>	-0.2357 <i>0.5742</i>	0.659 <i>0.0755</i>	0.6933 <i>0.0086</i>	0.742 <i>0.0037</i>	0.7594 <i>0.0026</i>	0.3392 <i>0.2569</i>	0.2948 <i>0.3282</i>	0.7336 <i>0.0043</i>	0.5321 <i>0.0612</i>	0.5752 <i>0.0397</i>	0.6367 <i>0.0193</i>
CMP	0.3078 <i>0.2863</i>	0.7507 <i>0.0093</i>	0.6989 <i>0.0155</i>		0.4702 <i>0.1049</i>	0.8619 <i>0.0002</i>	-0.5947 <i>0.1199</i>	0.8292 <i>0.0109</i>	0.7823 <i>0.0016</i>	0.8846 <i>0.0001</i>	0.7715 <i>0.002</i>	0.4689 <i>0.106</i>	0.5258 <i>0.065</i>	0.8643 <i>0.0001</i>	0.7157 <i>0.0059</i>	0.7042 <i>0.0072</i>	0.6318 <i>0.0205</i>
RO1	0.5615 <i>0.0518</i>	0.5364 <i>0.0632</i>	0.196 <i>0.4972</i>	0.3381 <i>0.2415</i>		0.3264 <i>0.2764</i>	0.1969 <i>0.6403</i>	0.0877 <i>0.8365</i>	0.1262 <i>0.6811</i>	0.401 <i>0.1744</i>	0.0359 <i>0.9073</i>	0.3787 <i>0.2019</i>	-0.3267 <i>0.276</i>	0.6524 <i>0.0156</i>	0.7821 <i>0.0016</i>	0.2515 <i>0.4072</i>	0.2029 <i>0.5062</i>
RO2	0.3738 <i>0.1954</i>	0.8654 <i>0.0027</i>	0.5739 <i>0.0468</i>	0.9173 <i>0.0015</i>	0.2811 <i>0.3302</i>		-0.4035 <i>0.3215</i>	0.9354 <i>0.0006</i>	0.7166 <i>0.0059</i>	0.7386 <i>0.0039</i>	0.6599 <i>0.0141</i>	0.3059 <i>0.3094</i>	0.5496 <i>0.0517</i>	0.8288 <i>0.0005</i>	0.674 <i>0.0115</i>	0.6374 <i>0.0191</i>	0.4697 <i>0.1054</i>
PB1	0.0633 <i>0.867</i>	-0.2285 <i>0.5455</i>	-0.1926 <i>0.6104</i>	-0.5964 <i>0.1146</i>	0.1962 <i>0.6037</i>	-0.4542 <i>0.2295</i>		-0.2129 <i>0.6128</i>	-0.4235 <i>0.2958</i>	-0.4489 <i>0.2646</i>	-0.3388 <i>0.4117</i>	0.3995 <i>0.3268</i>	-0.4563 <i>0.2557</i>	-0.2109 <i>0.6161</i>	0.2696 <i>0.5184</i>	-0.5443 <i>0.1631</i>	-0.1728 <i>0.6823</i>
PB2	-0.205 <i>0.5875</i>	0.8121 <i>0.0317</i>	0.6463 <i>0.0873</i>	0.7805 <i>0.0389</i>	-0.1615 <i>0.6691</i>	0.9157 <i>0.0154</i>	-0.2299 <i>0.5431</i>		0.4471 <i>0.2668</i>	0.8326 <i>0.0103</i>	0.5479 <i>0.1598</i>	-0.1206 <i>0.7761</i>	0.3692 <i>0.3681</i>	0.8845 <i>0.0035</i>	0.6647 <i>0.0721</i>	0.3805 <i>0.3524</i>	0.2953 <i>0.4777</i>
PF1	0.1838 <i>0.5244</i>	0.4244 <i>0.1415</i>	0.5843 <i>0.043</i>	0.7255 <i>0.012</i>	0.0381 <i>0.895</i>	0.7337 <i>0.011</i>	-0.3952 <i>0.2958</i>	0.4303 <i>0.2549</i>		0.8099 <i>0.0008</i>	0.7918 <i>0.0013</i>	0.4339 <i>0.1385</i>	0.6746 <i>0.0114</i>	0.6136 <i>0.0257</i>	0.3463 <i>0.2464</i>	0.8188 <i>0.0006</i>	0.6449 <i>0.0173</i>
PF2	0.2119 <i>0.4629</i>	0.6104 <i>0.0345</i>	0.5827 <i>0.0435</i>	0.88 <i>0.0023</i>	0.0703 <i>0.8075</i>	0.8838 <i>0.0022</i>	-0.5681 <i>0.1328</i>	0.8182 <i>0.0304</i>	0.7818 <i>0.0068</i>		0.787 <i>0.0014</i>	0.2909 <i>0.3349</i>	0.5227 <i>0.0669</i>	0.743 <i>0.0036</i>	0.5541 <i>0.0494</i>	0.8013 <i>0.001</i>	0.7815 <i>0.0016</i>
SI	0.0805 <i>0.7803</i>	0.3703 <i>0.1996</i>	0.5021 <i>0.0819</i>	0.7476 <i>0.0096</i>	-0.1187 <i>0.681</i>	0.6681 <i>0.0207</i>	-0.6647 <i>0.0786</i>	0.4634 <i>0.2202</i>	0.7212 <i>0.0125</i>	0.805 <i>0.0053</i>		0.5063 <i>0.0775</i>	0.5648 <i>0.0443</i>	0.6572 <i>0.0147</i>	0.416 <i>0.1574</i>	0.6385 <i>0.0188</i>	0.7084 <i>0.0067</i>
SC	0.4418 <i>0.1259</i>	0.3535 <i>0.2207</i>	0.3376 <i>0.2422</i>	0.4972 <i>0.085</i>	0.4525 <i>0.117</i>	0.3724 <i>0.1971</i>	0.2858 <i>0.4496</i>	-0.0976 <i>0.7963</i>	0.4722 <i>0.1019</i>	0.2611 <i>0.3657</i>	0.5007 <i>0.0828</i>		0.0237 <i>0.9386</i>	0.5656 <i>0.044</i>	0.626 <i>0.0221</i>	0.2747 <i>0.3638</i>	0.3671 <i>0.2173</i>
ISIC	-0.0919 <i>0.7503</i>	0.1611 <i>0.5769</i>	0.1854 <i>0.5207</i>	0.4202 <i>0.1455</i>	-0.426 <i>0.14</i>	0.5062 <i>0.0795</i>	-0.4816 <i>0.2026</i>	0.3515 <i>0.3523</i>	0.6607 <i>0.0221</i>	0.7169 <i>0.013</i>	0.5548 <i>0.0546</i>	-0.0822 <i>0.7759</i>		0.1784 <i>0.5599</i>	-0.0364 <i>0.906</i>	0.4013 <i>0.1741</i>	0.2741 <i>0.3649</i>
DSCG	0.3383 <i>0.2412</i>	0.8896 <i>0.0021</i>	0.6621 <i>0.0218</i>	0.8434 <i>0.0035</i>	0.5635 <i>0.0509</i>	0.8366 <i>0.0038</i>	-0.1235 <i>0.7439</i>	0.794 <i>0.0357</i>	0.4855 <i>0.0926</i>	0.6441 <i>0.0257</i>	0.5789 <i>0.0449</i>	0.5967 <i>0.0387</i>	0.0678 <i>0.8144</i>		0.913 <i>0</i>	0.6648 <i>0.0132</i>	0.6186 <i>0.0242</i>
DSCO	0.4463 <i>0.1221</i>	0.8231 <i>0.0044</i>	0.5888 <i>0.0414</i>	0.757 <i>0.0087</i>	0.6507 <i>0.0242</i>	0.726 <i>0.0119</i>	0.0875 <i>0.8169</i>	0.7423 <i>0.0495</i>	0.3097 <i>0.2833</i>	0.554 <i>0.055</i>	0.4131 <i>0.1524</i>	0.5852 <i>0.0426</i>	-0.0333 <i>0.9081</i>	0.9307 <i>0.0013</i>		0.3943 <i>0.1824</i>	0.4137 <i>0.16</i>
CSCG	0.4069 <i>0.1587</i>	0.3701 <i>0.1998</i>	0.4654 <i>0.1069</i>	0.6238 <i>0.0307</i>	0.1248 <i>0.6656</i>	0.6606 <i>0.0221</i>	-0.5967 <i>0.1144</i>	0.3514 <i>0.3525</i>	0.7703 <i>0.0076</i>	0.6534 <i>0.0236</i>	0.6369 <i>0.0274</i>	0.2864 <i>0.3211</i>	0.3793 <i>0.1889</i>	0.4804 <i>0.0961</i>	0.3019 <i>0.2957</i>		0.8538 <i>0.0002</i>
CSCO	0.2012 <i>0.4858</i>	0.1275 <i>0.6588</i>	0.5788 <i>0.0449</i>	0.4864 <i>0.092</i>	-0.0693 <i>0.8102</i>	0.4091 <i>0.1565</i>	-0.1815 <i>0.631</i>	0.297 <i>0.432</i>	0.5461 <i>0.0585</i>	0.5836 <i>0.0432</i>	0.7036 <i>0.0148</i>	0.3161 <i>0.2735</i>	0.2622 <i>0.3637</i>	0.3805 <i>0.1875</i>	0.3283 <i>0.2554</i>	0.747 <i>0.0097</i>	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *itálico*.

13 observações para todas as correlações, com a exceção dos pares envolvendo as variáveis *PB1* e *PB2*, que totalizam 8 observações.

Painel B: Correlações para as variáveis construídas a partir de dados das organizações hospitalares públicas

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		0.3525 <i>0.0378</i> 35	0.5183 <i>0.0014</i> 35	0.4365 <i>0.0099</i> 34	0.4514 <i>0.0074</i> 34	0.6153 <i>0.0001</i> 35	0.1385 <i>0.6226</i> 15	0.2144 <i>0.4429</i> 15	0.3852 <i>0.0223</i> 35	0.2523 <i>0.1438</i> 35	0.171 <i>0.3261</i> 35	0.2048 <i>0.2379</i> 35	0.2826 <i>0.1</i> 35	0.404 <i>0.0161</i> 35	0.4737 <i>0.004</i> 35	0.1801 <i>0.3004</i> 35	-0.001 <i>0.9956</i> 35
AE	0.3744 <i>0.029</i> 35		0.7107 <i>0.0000</i> 35	0.5289 <i>0.0013</i> 34	0.2283 <i>0.194</i> 34	0.5155 <i>0.0015</i> 35	0.3513 <i>0.1992</i> 15	0.458 <i>0.086</i> 15	0.7538 <i>0.0000</i> 35	0.8094 <i>0.0000</i> 35	0.6273 <i>0.0001</i> 35	0.4399 <i>0.0082</i> 35	0.5309 <i>0.001</i> 35	0.4849 <i>0.0032</i> 35	0.4744 <i>0.004</i> 35	0.4679 <i>0.0046</i> 35	0.1383 <i>0.4282</i> 35
RMP	0.54 <i>0.0016</i> 35	0.7701 <i>0.0000</i> 35		0.5043 <i>0.0024</i> 34	0.1016 <i>0.5675</i> 34	0.5189 <i>0.0014</i> 35	0.3766 <i>0.1665</i> 15	0.3277 <i>0.2332</i> 15	0.7018 <i>0.0000</i> 35	0.6077 <i>0.0001</i> 35	0.3886 <i>0.021</i> 35	0.4103 <i>0.0144</i> 35	0.3962 <i>0.0185</i> 35	0.4554 <i>0.006</i> 35	0.6173 <i>0.0001</i> 35	0.5851 <i>0.0002</i> 35	0.2782 <i>0.1057</i> 35
CMP	0.5643 <i>0.0012</i> 34	0.5293 <i>0.0024</i> 34	0.5291 <i>0.0024</i> 34		0.3306 <i>0.0602</i> 33	0.6711 <i>0.0000</i> 34	0.4251 <i>0.1142</i> 15	0.5346 <i>0.04</i> 15	0.5695 <i>0.0004</i> 34	0.6707 <i>0.0000</i> 34	0.5818 <i>0.0003</i> 34	0.3658 <i>0.0334</i> 34	0.1861 <i>0.2919</i> 34	0.4501 <i>0.0076</i> 34	0.436 <i>0.0099</i> 34	0.2419 <i>0.1681</i> 34	-0.0449 <i>0.8009</i> 34
RO1	0.3947 <i>0.0234</i> 34	0.2445 <i>0.1602</i> 34	0.1035 <i>0.5523</i> 34	0.3868 <i>0.0287</i> 33		0.5772 <i>0.0004</i> 34	0.2472 <i>0.3745</i> 15	-0.0691 <i>0.8067</i> 15	0.2764 <i>0.1136</i> 34	0.3595 <i>0.0368</i> 34	0.1797 <i>0.3092</i> 34	0.1047 <i>0.5557</i> 34	0.2828 <i>0.1051</i> 34	0.1897 <i>0.2827</i> 34	-0.0039 <i>0.9824</i> 34	-0.0042 <i>0.9814</i> 34	-0.2781 <i>0.1112</i> 34
RO2	0.6436 <i>0.0002</i> 35	0.4913 <i>0.0042</i> 35	0.4782 <i>0.0053</i> 35	0.6962 <i>0.0001</i> 34	0.5228 <i>0.0027</i> 34		0.0101 <i>0.9716</i> 15	0.1907 <i>0.496</i> 15	0.5368 <i>0.0009</i> 35	0.4823 <i>0.0033</i> 35	0.3404 <i>0.0454</i> 35	0.3348 <i>0.0493</i> 35	0.273 <i>0.1126</i> 35	0.5567 <i>0.0005</i> 35	0.5399 <i>0.0008</i> 35	0.2174 <i>0.2096</i> 35	-0.063 <i>0.7193</i> 35
PB1	0.157 <i>0.5568</i> 15	0.3896 <i>0.1449</i> 15	0.2176 <i>0.4156</i> 15	0.4627 <i>0.0834</i> 15	0.3702 <i>0.166</i> 15	0.1291 <i>0.6289</i> 15		0.5973 <i>0.0187</i> 15	0.3469 <i>0.2052</i> 15	0.6417 <i>0.0099</i> 15	0.3424 <i>0.2116</i> 15	-0.2413 <i>0.3863</i> 15	0.0604 <i>0.8308</i> 15	-0.7046 <i>0.0034</i> 15	-0.4705 <i>0.0767</i> 15	0.211 <i>0.4503</i> 15	-0.1462 <i>0.6032</i> 15
PB2	0.2197 <i>0.4111</i> 15	0.2815 <i>0.2923</i> 15	0.2777 <i>0.2987</i> 15	0.5534 <i>0.0384</i> 15	-0.0349 <i>0.896</i> 15	0.1667 <i>0.5329</i> 15	0.6141 <i>0.0216</i> 15		0.2983 <i>0.2802</i> 15	0.4721 <i>0.0756</i> 15	0.3493 <i>0.202</i> 15	-0.407 <i>0.1322</i> 15	0.1862 <i>0.5063</i> 15	-0.265 <i>0.3398</i> 15	0.1031 <i>0.7146</i> 15	0.3911 <i>0.1495</i> 15	0.2144 <i>0.4429</i> 15
PF1	0.3879 <i>0.0237</i> 35	0.6749 <i>0.0001</i> 35	0.6698 <i>0.0001</i> 35	0.4565 <i>0.0087</i> 34	0.2916 <i>0.0939</i> 34	0.4815 <i>0.005</i> 35	0.1091 <i>0.6831</i> 15	-0.0064 <i>0.981</i> 15		0.8591 <i>0.0000</i> 35	0.5892 <i>0.0002</i> 35	0.3072 <i>0.0726</i> 35	0.4067 <i>0.0153</i> 35	0.5779 <i>0.0003</i> 35	0.6512 <i>0.0000</i> 35	0.3517 <i>0.0383</i> 35	0.2262 <i>0.1914</i> 35
PF2	0.2222 <i>0.195</i> 35	0.7469 <i>0.0000</i> 35	0.5933 <i>0.0005</i> 35	0.5492 <i>0.0016</i> 34	0.4318 <i>0.0131</i> 34	0.4211 <i>0.0141</i> 35	0.6733 <i>0.0118</i> 15	0.3276 <i>0.2203</i> 15	0.7801 <i>0.0000</i> 35		0.6805 <i>0.0000</i> 35	0.3951 <i>0.0188</i> 35	0.3745 <i>0.0267</i> 35	0.5236 <i>0.0012</i> 35	0.4835 <i>0.0033</i> 35	0.4349 <i>0.009</i> 35	0.1727 <i>0.3211</i> 35
SI	0.1971 <i>0.2504</i> 35	0.6028 <i>0.0004</i> 35	0.4041 <i>0.0185</i> 35	0.4935 <i>0.0046</i> 34	0.2155 <i>0.2158</i> 34	0.3157 <i>0.0656</i> 35	0.3584 <i>0.1799</i> 15	0.2634 <i>0.3244</i> 15	0.6149 <i>0.0003</i> 35	0.6754 <i>0.0001</i> 35		0.5118 <i>0.0014</i> 36	0.392 <i>0.0181</i> 36	0.408 <i>0.0135</i> 36	0.3969 <i>0.0165</i> 36	0.3079 <i>0.0677</i> 36	0.2692 <i>0.1124</i> 36
SC	0.2378 <i>0.1655</i> 35	0.4677 <i>0.0064</i> 35	0.4356 <i>0.0111</i> 35	0.3499 <i>0.0445</i> 34	0.0712 <i>0.6823</i> 34	0.3107 <i>0.07</i> 35	-0.2464 <i>0.3566</i> 15	-0.3942 <i>0.1402</i> 15	0.293 <i>0.0876</i> 35	0.3956 <i>0.0211</i> 35	0.553 <i>0.0011</i> 36		0.5354 <i>0.0008</i> 36	0.5656 <i>0.0003</i> 36	0.4715 <i>0.0037</i> 36	0.3589 <i>0.0316</i> 36	0.1624 <i>0.3439</i> 36
ISIC	0.2262 <i>0.1873</i> 35	0.4794 <i>0.0052</i> 35	0.4037 <i>0.0186</i> 35	0.2119 <i>0.2235</i> 34	0.2585 <i>0.1376</i> 34	0.1588 <i>0.3545</i> 35	-0.0112 <i>0.9666</i> 15	0.2287 <i>0.3922</i> 15	0.379 <i>0.0271</i> 35	0.3554 <i>0.0382</i> 35	0.4469 <i>0.0082</i> 36	0.4792 <i>0.0046</i> 36		0.4028 <i>0.0149</i> 36	0.4275 <i>0.0093</i> 36	0.3367 <i>0.0447</i> 36	0.0244 <i>0.8875</i> 36
DSCG	0.3655 <i>0.0331</i> 35	0.4683 <i>0.0063</i> 35	0.4008 <i>0.0194</i> 35	0.3275 <i>0.0599</i> 34	0.1472 <i>0.3976</i> 34	0.4001 <i>0.0196</i> 35	-0.5719 <i>0.0324</i> 15	-0.2181 <i>0.4145</i> 15	0.5302 <i>0.002</i> 35	0.4302 <i>0.0121</i> 35	0.4785 <i>0.0046</i> 36	0.6032 <i>0.0004</i> 36	0.4379 <i>0.0096</i> 36		0.8478 <i>0.0000</i> 36	0.4128 <i>0.0123</i> 36	0.2114 <i>0.2158</i> 36
DSCO	0.4171 <i>0.015</i> 35	0.463 <i>0.0069</i> 35	0.5495 <i>0.0014</i> 35	0.2953 <i>0.0898</i> 34	-0.0136 <i>0.9376</i> 34	0.4249 <i>0.0132</i> 35	-0.3213 <i>0.2293</i> 15	0.2124 <i>0.4268</i> 15	0.6658 <i>0.0001</i> 35	0.4279 <i>0.0126</i> 35	0.4676 <i>0.0057</i> 36	0.4639 <i>0.0061</i> 36	0.5086 <i>0.0026</i> 36	0.7931 <i>0.0000</i> 36		0.4831 <i>0.0028</i> 36	0.3804 <i>0.0221</i> 36
CSCG	0.1736 <i>0.3114</i> 35	0.5151 <i>0.0027</i> 35	0.5845 <i>0.0007</i> 35	0.207 <i>0.2343</i> 34	0.0395 <i>0.8206</i> 34	0.1073 <i>0.5315</i> 35	0.1322 <i>0.6209</i> 15	0.2825 <i>0.2906</i> 15	0.2583 <i>0.132</i> 35	0.4425 <i>0.0099</i> 35	0.3534 <i>0.0366</i> 36	0.4354 <i>0.01</i> 36	0.4133 <i>0.0145</i> 36	0.4075 <i>0.0159</i> 36	0.4375 <i>0.0096</i> 36		0.6774 <i>0.0000</i> 36
CSCO	-0.0336 <i>0.8446</i> 35	0.0847 <i>0.6213</i> 35	0.1891 <i>0.2702</i> 35	-0.1433 <i>0.4103</i> 34	-0.301 <i>0.0838</i> 34	-0.1496 <i>0.383</i> 35	-0.2769 <i>0.3002</i> 15	0.0816 <i>0.76</i> 15	0.1543 <i>0.3682</i> 35	0.1118 <i>0.5144</i> 35	0.273 <i>0.1063</i> 36	0.1485 <i>0.3796</i> 36	0.0421 <i>0.8033</i> 36	0.1929 <i>0.2538</i> 36	0.3004 <i>0.0756</i> 36	0.5673 <i>0.0008</i> 36	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *italico*.

Número de observações (min.-máx.: 15-36).

Tabela C.7 – Matrizes de Correlações para as Organizações Hospitalares Inovadoras *versus* Conservadoras

Painel A: Correlações para as variáveis construídas a partir de dados das organizações hospitalares inovadoras

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		-0.2109 <i>0.3861</i>	-0.6274 <i>0.004</i>	0.036 <i>0.8837</i>	0.0503 <i>0.843</i>	-0.0002 <i>0.9994</i>	0.7675 <i>0.0158</i>	0.3348 <i>0.3784</i>	-0.066 <i>0.7882</i>	-0.0852 <i>0.7287</i>	0.1558 <i>0.5241</i>	0.1445 <i>0.5551</i>	0.2288 <i>0.3461</i>	-0.189 <i>0.4385</i>	-0.2111 <i>0.3856</i>	0.1689 <i>0.4893</i>	0.2369 <i>0.3289</i>
AE	-0.1648 <i>0.4844</i>		0.48 <i>0.0376</i>	0.4202 <i>0.0733</i>	-0.0696 <i>0.7838</i>	0.4234 <i>0.0708</i>	0.1806 <i>0.642</i>	0.2873 <i>0.4535</i>	0.3694 <i>0.1196</i>	0.3972 <i>0.0922</i>	0.3689 <i>0.1201</i>	0.7196 <i>0.0005</i>	0.3863 <i>0.1023</i>	0.4443 <i>0.0567</i>	0.5756 <i>0.0099</i>	0.4371 <i>0.0613</i>	0.2391 <i>0.3241</i>
RMP	-0.5182 <i>0.0279</i>	0.4455 <i>0.0587</i>		-0.0498 <i>0.8396</i>	-0.1822 <i>0.4694</i>	0.0821 <i>0.7383</i>	-0.5791 <i>0.1023</i>	-0.4475 <i>0.2271</i>	0.2496 <i>0.3028</i>	0.1374 <i>0.5748</i>	-0.1566 <i>0.5221</i>	0.0728 <i>0.767</i>	-0.0016 <i>0.9949</i>	0.3766 <i>0.112</i>	0.4363 <i>0.0618</i>	0.2186 <i>0.3685</i>	-0.0381 <i>0.877</i>
CMP	0.0878 <i>0.7096</i>	0.3981 <i>0.0912</i>	-0.1476 <i>0.5311</i>		-0.0868 <i>0.7319</i>	0.5891 <i>0.008</i>	0.5023 <i>0.1682</i>	0.8271 <i>0.0059</i>	0.6815 <i>0.0013</i>	0.9162 <i>0.0000</i>	0.7769 <i>0.0001</i>	0.5175 <i>0.0233</i>	0.21 <i>0.3882</i>	0.6334 <i>0.0036</i>	0.5883 <i>0.0081</i>	0.4226 <i>0.0715</i>	0.4457 <i>0.0558</i>
RO1	0.1726 <i>0.4767</i>	-0.0607 <i>0.8024</i>	-0.2332 <i>0.3363</i>	-0.088 <i>0.7168</i>		0.3259 <i>0.1868</i>	-0.186 <i>0.6319</i>	-0.1179 <i>0.7625</i>	-0.1858 <i>0.4605</i>	-0.0791 <i>0.755</i>	-0.3269 <i>0.1854</i>	-0.335 <i>0.1742</i>	0.006 <i>0.9811</i>	0.0881 <i>0.7282</i>	-0.039 <i>0.8778</i>	-0.5437 <i>0.0197</i>	-0.6462 <i>0.0038</i>
RO2	0.1641 <i>0.4862</i>	0.4117 <i>0.0807</i>	-0.0087 <i>0.9707</i>	0.5153 <i>0.0288</i>	0.3577 <i>0.1402</i>		0.3089 <i>0.4187</i>	0.6452 <i>0.0606</i>	0.5249 <i>0.021</i>	0.6574 <i>0.0022</i>	0.3999 <i>0.0898</i>	0.2886 <i>0.2307</i>	0.7003 <i>0.0008</i>	0.4761 <i>0.0393</i>	0.2891 <i>0.2299</i>	0.0937 <i>0.7029</i>	-0.0497 <i>0.8398</i>
PB1	0.8102 <i>0.0219</i>	0.1013 <i>0.7745</i>	-0.6298 <i>0.0748</i>	0.5063 <i>0.1521</i>	0.0178 <i>0.9598</i>	0.3376 <i>0.3397</i>		0.8085 <i>0.0083</i>	0.2723 <i>0.4784</i>	0.3943 <i>0.2936</i>	0.7453 <i>0.0212</i>	0.553 <i>0.1225</i>	0.3749 <i>0.3201</i>	-0.0837 <i>0.8305</i>	0.1064 <i>0.7853</i>	0.4603 <i>0.2124</i>	0.836 <i>0.005</i>
PB2	0.4419 <i>0.2113</i>	0.1229 <i>0.7282</i>	-0.5898 <i>0.0953</i>	0.8051 <i>0.0228</i>	-0.1565 <i>0.6581</i>	0.6144 <i>0.0822</i>	0.8144 <i>0.0213</i>		0.2953 <i>0.4405</i>	0.6849 <i>0.0418</i>	0.8191 <i>0.0069</i>	0.3777 <i>0.3163</i>	0.5056 <i>0.1649</i>	0.184 <i>0.6355</i>	0.2872 <i>0.4536</i>	0.2104 <i>0.5868</i>	0.6138 <i>0.0787</i>
PF1	0.0247 <i>0.9164</i>	0.3839 <i>0.1034</i>	0.2441 <i>0.3004</i>	0.6855 <i>0.0036</i>	-0.1813 <i>0.4548</i>	0.5215 <i>0.0269</i>	0.2236 <i>0.527</i>	0.3856 <i>0.2754</i>		0.7265 <i>0.0004</i>	0.4972 <i>0.0303</i>	0.5046 <i>0.0276</i>	0.3687 <i>0.1203</i>	0.7028 <i>0.0008</i>	0.4498 <i>0.0533</i>	0.5859 <i>0.0084</i>	0.2371 <i>0.3284</i>
PF2	0.0423 <i>0.8577</i>	0.2855 <i>0.2257</i>	-0.0067 <i>0.9775</i>	0.8598 <i>0.0003</i>	0.0021 <i>0.993</i>	0.6204 <i>0.0085</i>	0.4177 <i>0.2374</i>	0.7076 <i>0.0453</i>	0.6662 <i>0.0047</i>		0.7021 <i>0.0008</i>	0.5075 <i>0.0266</i>	0.2586 <i>0.2851</i>	0.6105 <i>0.0055</i>	0.5286 <i>0.02</i>	0.4723 <i>0.0412</i>	0.4377 <i>0.0609</i>
SI	0.2381 <i>0.3124</i>	0.2745 <i>0.2442</i>	-0.2286 <i>0.3321</i>	0.8417 <i>0.0004</i>	-0.3015 <i>0.2139</i>	0.3944 <i>0.0942</i>	0.6709 <i>0.0578</i>	0.75 <i>0.0339</i>	0.5661 <i>0.0163</i>	0.7372 <i>0.0018</i>		0.5539 <i>0.0139</i>	0.1903 <i>0.4352</i>	0.2315 <i>0.3402</i>	0.2496 <i>0.3028</i>	0.5855 <i>0.0085</i>	0.7703 <i>0.0001</i>
SC	0.2648 <i>0.2612</i>	0.6342 <i>0.0071</i>	-0.0067 <i>0.9774</i>	0.5361 <i>0.0229</i>	-0.178 <i>0.4629</i>	0.3069 <i>0.1929</i>	0.5798 <i>0.101</i>	0.5021 <i>0.1556</i>	0.4862 <i>0.0391</i>	0.5057 <i>0.0319</i>	0.4806 <i>0.0414</i>		0.3854 <i>0.1032</i>	0.2431 <i>0.316</i>	0.3067 <i>0.2015</i>	0.6379 <i>0.0033</i>	0.5988 <i>0.0067</i>
ISIC	0.264 <i>0.2626</i>	0.5144 <i>0.0291</i>	0.0702 <i>0.7658</i>	0.2992 <i>0.2042</i>	0.094 <i>0.6985</i>	0.7805 <i>0.0009</i>	0.2845 <i>0.421</i>	0.4706 <i>0.1832</i>	0.3691 <i>0.1173</i>	0.3551 <i>0.132</i>	0.2859 <i>0.2251</i>	0.3857 <i>0.1018</i>		0.071 <i>0.7726</i>	-0.1098 <i>0.6545</i>	0.1721 <i>0.4812</i>	-0.0741 <i>0.7629</i>
DSCG	-0.2034 <i>0.3883</i>	0.5735 <i>0.015</i>	0.3905 <i>0.0976</i>	0.602 <i>0.0107</i>	-0.0981 <i>0.6858</i>	0.4627 <i>0.0496</i>	-0.2025 <i>0.5667</i>	0.0678 <i>0.8479</i>	0.6659 <i>0.0047</i>	0.5182 <i>0.0279</i>	0.3113 <i>0.1866</i>	0.2963 <i>0.2088</i>	0.1956 <i>0.4067</i>		0.8434 <i>0.0000</i>	0.255 <i>0.2921</i>	-0.024 <i>0.9224</i>
DSCO	-0.1996 <i>0.3971</i>	0.5754 <i>0.0146</i>	0.3326 <i>0.1582</i>	0.5793 <i>0.014</i>	-0.1464 <i>0.546</i>	0.393 <i>0.0954</i>	0.1239 <i>0.7259</i>	0.3906 <i>0.2693</i>	0.4929 <i>0.0365</i>	0.4593 <i>0.0513</i>	0.3055 <i>0.195</i>	0.2741 <i>0.2448</i>	0.1217 <i>0.6057</i>	0.9005 <i>0.0001</i>		0.2281 <i>0.3476</i>	0.1518 <i>0.535</i>
CSCG	0.165 <i>0.4838</i>	0.334 <i>0.1564</i>	0.1783 <i>0.4494</i>	0.4734 <i>0.0446</i>	-0.4545 <i>0.0609</i>	0.139 <i>0.5554</i>	0.5071 <i>0.1515</i>	0.2946 <i>0.4048</i>	0.6118 <i>0.0094</i>	0.4619 <i>0.05</i>	0.6126 <i>0.0093</i>	0.5405 <i>0.0218</i>	0.2199 <i>0.3508</i>	0.2577 <i>0.2742</i>	0.1919 <i>0.4155</i>		0.6366 <i>0.0034</i>
CSCO	0.2706 <i>0.2509</i>	0.2025 <i>0.3903</i>	-0.047 <i>0.8421</i>	0.4826 <i>0.0406</i>	-0.6029 <i>0.0129</i>	-0.0417 <i>0.8595</i>	0.7851 <i>0.0264</i>	0.6289 <i>0.0753</i>	0.2763 <i>0.2411</i>	0.4373 <i>0.0635</i>	0.7729 <i>0.001</i>	0.5396 <i>0.0221</i>	0.0014 <i>0.9954</i>	0.088 <i>0.709</i>	0.1339 <i>0.57</i>	0.6126 <i>0.0093</i>	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *italico*.

19 observações para todas as correlações, com a exceção dos pares envolvendo as variáveis *PB1* e *PB2*, que totalizam 9 observações, e *ROI* com 18 observações.

Painel B: Correlações para as variáveis construídas a partir de dados das organizações hospitalares conservadoras

	IO	AE	RMP	CMP	RO1	RO2	PB1	PB2	PF1	PF2	SI	SC	ISIC	DSCG	DSCO	CSCG	CSCO
IO		0.1154 <i>0.5511</i>	0.1717 <i>0.3731</i>	0.0222 <i>0.9109</i>	0.1084 <i>0.5756</i>	0.258 <i>0.1766</i>	0.2662 <i>0.3575</i>	0.3485 <i>0.222</i>	0.1223 <i>0.5273</i>	-0.078 <i>0.6874</i>	0.0575 <i>0.767</i>	0.1649 <i>0.3927</i>	0.2265 <i>0.2373</i>	0.2207 <i>0.25</i>	0.3556 <i>0.0584</i>	0.0482 <i>0.8039</i>	0.0067 <i>0.9724</i>
AE	0.0651 <i>0.7303</i>		0.5317 <i>0.003</i>	0.4476 <i>0.0169</i>	0.2441 <i>0.202</i>	0.4678 <i>0.0105</i>	0.2112 <i>0.4685</i>	0.5139 <i>0.0601</i>	0.7277 <i>0</i>	0.7631 <i>0</i>	0.5826 <i>0.0009</i>	0.3082 <i>0.1039</i>	0.5279 <i>0.0033</i>	0.434 <i>0.0186</i>	0.3622 <i>0.0535</i>	0.3972 <i>0.0329</i>	0.1403 <i>0.468</i>
RMP	0.1396 <i>0.46</i>	0.5097 <i>0.007</i>		0.2012 <i>0.3047</i>	0.0617 <i>0.7507</i>	0.3034 <i>0.1096</i>	0.1369 <i>0.6407</i>	0.4113 <i>0.144</i>	0.5243 <i>0.0035</i>	0.5604 <i>0.0016</i>	0.1308 <i>0.4989</i>	0.1377 <i>0.4761</i>	0.2713 <i>0.1546</i>	0.3569 <i>0.0574</i>	0.5509 <i>0.002</i>	0.6166 <i>0.0004</i>	0.3897 <i>0.0366</i>
CMP	0.1188 <i>0.537</i>	0.3869 <i>0.0444</i>	0.1965 <i>0.3073</i>		0.3239 <i>0.0927</i>	0.675 <i>0.0001</i>	0.7801 <i>0.001</i>	0.8391 <i>0.0002</i>	0.5378 <i>0.0032</i>	0.585 <i>0.0011</i>	0.6877 <i>0.0001</i>	0.4205 <i>0.0259</i>	0.4104 <i>0.0301</i>	0.2181 <i>0.2649</i>	0.0811 <i>0.6815</i>	0.1828 <i>0.3517</i>	0.082 <i>0.6784</i>
RO1	0.0268 <i>0.8873</i>	0.2776 <i>0.1418</i>	0.0186 <i>0.9215</i>	0.2524 <i>0.1897</i>		0.3735 <i>0.046</i>	0.3461 <i>0.2254</i>	0.0234 <i>0.9366</i>	0.2384 <i>0.213</i>	0.4303 <i>0.0198</i>	0.2831 <i>0.1367</i>	0.2592 <i>0.1746</i>	0.1964 <i>0.3072</i>	0.1674 <i>0.3854</i>	-0.0031 <i>0.9871</i>	0.1726 <i>0.3705</i>	0.0561 <i>0.7726</i>
RO2	0.2584 <i>0.1716</i>	0.3531 <i>0.0617</i>	0.1655 <i>0.3812</i>	0.517 <i>0.0072</i>	0.1969 <i>0.2974</i>		0.3048 <i>0.2893</i>	0.6127 <i>0.0198</i>	0.5041 <i>0.0053</i>	0.446 <i>0.0153</i>	0.4629 <i>0.0114</i>	0.355 <i>0.0588</i>	0.2681 <i>0.1597</i>	0.4814 <i>0.0082</i>	0.4157 <i>0.0249</i>	0.2594 <i>0.1742</i>	0.1663 <i>0.3886</i>
PB1	0.2185 <i>0.4309</i>	0.2731 <i>0.3249</i>	0.1198 <i>0.6658</i>	0.784 <i>0.0047</i>	0.4219 <i>0.1282</i>	0.3326 <i>0.2305</i>		0.7467 <i>0.0022</i>	0.5741 <i>0.0318</i>	0.6483 <i>0.0121</i>	0.6964 <i>0.0057</i>	0.1535 <i>0.6003</i>	0.3151 <i>0.2725</i>	-0.3321 <i>0.246</i>	-0.247 <i>0.3945</i>	0.1661 <i>0.5705</i>	0.1649 <i>0.5733</i>
PB2	0.3772 <i>0.1738</i>	0.3825 <i>0.1679</i>	0.3902 <i>0.1595</i>	0.8685 <i>0.0017</i>	0.0595 <i>0.8302</i>	0.535 <i>0.0537</i>	0.777 <i>0.0051</i>		0.6454 <i>0.0127</i>	0.6761 <i>0.0079</i>	0.6883 <i>0.0065</i>	-0.0307 <i>0.917</i>	0.4474 <i>0.1087</i>	0.0083 <i>0.9776</i>	0.1341 <i>0.6475</i>	0.5416 <i>0.0455</i>	0.5123 <i>0.061</i>
PF1	0.0956 <i>0.613</i>	0.6399 <i>0.0007</i>	0.5298 <i>0.0051</i>	0.3993 <i>0.038</i>	0.2559 <i>0.1758</i>	0.4118 <i>0.0293</i>	0.4691 <i>0.0908</i>	0.5128 <i>0.0645</i>		0.8294 <i>0</i>	0.6824 <i>0</i>	0.2931 <i>0.1228</i>	0.5469 <i>0.0021</i>	0.4265 <i>0.0211</i>	0.4831 <i>0.0079</i>	0.3195 <i>0.0911</i>	0.3974 <i>0.0328</i>
PF2	-0.1301 <i>0.4911</i>	0.7476 <i>0.0001</i>	0.5371 <i>0.0045</i>	0.4789 <i>0.0128</i>	0.4566 <i>0.0157</i>	0.3094 <i>0.1016</i>	0.6697 <i>0.0157</i>	0.5448 <i>0.0495</i>	0.8287 <i>0</i>		0.6168 <i>0.0004</i>	0.3093 <i>0.1025</i>	0.4987 <i>0.0059</i>	0.4406 <i>0.0168</i>	0.3387 <i>0.0723</i>	0.5077 <i>0.0049</i>	0.3867 <i>0.0383</i>
SI	0.0521 <i>0.7827</i>	0.5284 <i>0.0052</i>	0.1797 <i>0.3416</i>	0.5822 <i>0.0025</i>	0.3454 <i>0.0676</i>	0.4165 <i>0.0275</i>	0.675 <i>0.015</i>	0.7189 <i>0.0095</i>	0.678 <i>0.0003</i>	0.6783 <i>0.0003</i>		0.6139 <i>0.0004</i>	0.6656 <i>0.0001</i>	0.386 <i>0.0386</i>	0.2472 <i>0.1961</i>	0.1886 <i>0.3272</i>	0.2102 <i>0.2738</i>
SC	0.1348 <i>0.4758</i>	0.1952 <i>0.3017</i>	0.1158 <i>0.54</i>	0.3638 <i>0.0587</i>	0.2418 <i>0.2008</i>	0.3289 <i>0.0818</i>	0.1597 <i>0.5646</i>	0.1188 <i>0.6685</i>	0.2331 <i>0.2174</i>	0.2999 <i>0.1125</i>	0.6397 <i>0.0007</i>		0.6148 <i>0.0004</i>	0.59 <i>0.0008</i>	0.3987 <i>0.0322</i>	0.1969 <i>0.3058</i>	0.0928 <i>0.632</i>
ISIC	0.217 <i>0.2508</i>	0.4724 <i>0.0124</i>	0.2999 <i>0.1125</i>	0.3233 <i>0.0929</i>	0.182 <i>0.3355</i>	0.1492 <i>0.4299</i>	0.2341 <i>0.3987</i>	0.4475 <i>0.1066</i>	0.5581 <i>0.0031</i>	0.512 <i>0.0067</i>	0.6943 <i>0.0002</i>	0.5412 <i>0.0042</i>		0.4235 <i>0.0221</i>	0.4114 <i>0.0266</i>	0.3489 <i>0.0636</i>	0.2479 <i>0.1947</i>
DSCG	0.1132 <i>0.5492</i>	0.4085 <i>0.0306</i>	0.3608 <i>0.0562</i>	0.0937 <i>0.6263</i>	0.1091 <i>0.5638</i>	0.2714 <i>0.151</i>	-0.4197 <i>0.1302</i>	-0.0458 <i>0.8689</i>	0.3615 <i>0.0558</i>	0.4017 <i>0.0335</i>	0.4387 <i>0.0203</i>	0.5962 <i>0.0016</i>	0.4434 <i>0.019</i>		0.8089 <i>0</i>	0.4198 <i>0.0234</i>	0.4054 <i>0.0291</i>
DSCO	0.2958 <i>0.1176</i>	0.3358 <i>0.0756</i>	0.5601 <i>0.003</i>	-0.0574 <i>0.7657</i>	0.0102 <i>0.9571</i>	0.2538 <i>0.1793</i>	-0.3031 <i>0.2745</i>	0.1794 <i>0.5177</i>	0.4695 <i>0.013</i>	0.3131 <i>0.0976</i>	0.3061 <i>0.1052</i>	0.3527 <i>0.062</i>	0.4416 <i>0.0195</i>	0.7447 <i>0.0001</i>		0.4293 <i>0.0201</i>	0.453 <i>0.0136</i>
CSCG	0.0092 <i>0.9613</i>	0.3633 <i>0.0545</i>	0.5802 <i>0.0021</i>	0.1547 <i>0.4216</i>	0.2452 <i>0.1945</i>	0.0127 <i>0.9462</i>	0.1367 <i>0.622</i>	0.4221 <i>0.128</i>	0.227 <i>0.2296</i>	0.4985 <i>0.0083</i>	0.2612 <i>0.167</i>	0.2129 <i>0.2599</i>	0.4268 <i>0.0239</i>	0.4248 <i>0.0246</i>	0.3743 <i>0.0476</i>		0.7709 <i>0</i>
CSCO	-0.0232 <i>0.9023</i>	0.0079 <i>0.9666</i>	0.3151 <i>0.0954</i>	0 <i>1</i>	0.0743 <i>0.694</i>	0.0177 <i>0.9254</i>	0.0379 <i>0.8914</i>	0.405 <i>0.1442</i>	0.3186 <i>0.0918</i>	0.3044 <i>0.1072</i>	0.2536 <i>0.1795</i>	0.0902 <i>0.633</i>	0.2749 <i>0.1457</i>	0.4029 <i>0.033</i>	0.4024 <i>0.0332</i>	0.6442 <i>0.0007</i>	

Valores na diagonal superior e na diagonal inferior representam os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Valores de prova em *italico*.

29 observações para todas as correlações, com a exceção dos pares envolvendo as variáveis *PB1* e *PB2*, que totalizam 14 observações, e *CMP* com 28 observações.

Anexo D – Guião Utilizado para a Condução das Entrevistas dos Estudos de Caso

-
1. a) Qual é a visão e a missão do hospital?
 - b) Como é que são transmitidas aos responsáveis pela gestão e funcionários?
 - c) Que mecanismos, processos e redes são utilizados para comunicar informalmente os propósitos e objectivos do hospital aos respectivos membros?
 2. a) Na sua opinião, quais são os factores-chave para o sucesso global futuro do hospital?
 - b) Como é que os factores-chave são transmitidos aos responsáveis pela gestão e vários funcionários?
 3. a) Qual é a estrutura organizacional?
 - b) A estrutura organizacional influenciou o desenho e o modo de utilização de sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)?
 - c) Os sistemas de gestão do desempenho (PMSs) incluem tanto mensuração de RMP como CMP?
 - d) Considera que a possível existência de RMP contribui, ou contribuiu, para a obtenção de resultados organizacionais via eficiência?
 - e) Como é que a estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico?
 4. a) Quais são as estratégias do hospital?
 - b) Que tipo de planos é que o hospital adoptou e qual o respectivo horizonte temporal?
 - c) Como é que as estratégias e os planos são adoptados, gerados e comunicados aos responsáveis pela gestão e funcionários?
 - d) Quem participa na definição dos objectivos e planos estratégicos?
 - e) Quais são os processos e quem decidiu as actividades a serem requeridas para garantir o seu sucesso?
 5. a) Quais são as medidas-chave de desempenho organizacional que derivam dos respectivos objectivos, factores-chave de sucesso, estratégias e planos?
 - b) Como é que estes estão especificados e são comunicados, a quem se dirigem, e que papel assumem na avaliação de desempenho?
 - c) Na sua opinião, há indicadores ou áreas de desempenho que deviam ser incluídas e que ainda não foram alvo de avaliação?

6. a) Que nível de performance o hospital necessita para atingir as medidas-chave de desempenho?
- b) Como define as metas de desempenho apropriadas para as medidas-chave de desempenho?
- c) Considera que as metas são fáceis ou difíceis de alcançar?
7. a) Que tipo de avaliação de desempenho existe no hospital?
- b) As avaliações de desempenho são primariamente objectivas, subjectivas, ou combinadas?
- c) Quão importante é a informação formal e informal, bem como os controlos nestes processos?
8. a) Que incentivos financeiros e/ou não financeiros irão auferir os responsáveis pela gestão e funcionários por atingirem objectivos de desempenho ou outros aspectos de desempenho apreciados?
- b) Há penalizações para quem não atingir um certo nível das metas propostas?
9. Que fluxos de informação específicos *feedback* (retorno) e *feedforward* (pós-retorno), sistemas e redes possui o hospital em prática para o suporte da operação dos seus sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs)?
10. a) Que tipo de utilização é feita da informação e dos vários mecanismos instituídos de controlo/sistemas de controlo de gestão?
- b) Podem estas utilizações serem associadas a algumas tipologias/tipos de usos que tenha conhecimento existirem na literatura e/ou relatórios técnicos?
- c) Como é que os controlos e as suas utilizações diferem em níveis hierárquicos diferentes?
- d) Considera que uma ênfase estratégica na inovação, e/ou implementação, de sistemas de informação e controlo, justifica o uso efectivo de sistemas de controlo orçamental? Tal uso efectivo contribui para a obtenção de resultados organizacionais?
11. a) Como se alteraram os sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs) à luz das dinâmicas de mudança do hospital e da sua envolvente?
- b) As mudanças no desenho ou na utilização dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs) foram realizadas de uma forma proactiva ou reactiva?
12. a) Descreva as ligações que possam existir entre as componentes dos sistemas de gestão/mensuração do desempenho (PMSs) e possíveis vias em que estes possam ser utilizados (conforme referido nas onze questões anteriores)?

- b) Considera que o hospital se preocupa em adoptar atitudes inovadoras?
 - c) Que tipo de atitudes inovadoras considera terem sido adoptadas?
 - d) Na sua opinião, tal atitude inovadora pode justificar a adopção de políticas de incentivos? E poderá, também, justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos?
 - e) Considera que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais?
 - f) Considera que a existência de uma política de formação de recursos humanos direccionada para ganhos de eficácia pode resultar na obtenção de resultados organizacionais?
-

Anexo E – Síntese de evidência e conclusões para os estudos de caso

Tabela E.1. - Síntese de evidência e conclusões para os estudos de caso: dicotomia Hospital Privado versus Hospital Público

Dimensão	Hospital Privado	Hospital Público
1. Visão, Missão e objectivos	Visão: ser líder regional na prestação de serviços e cuidados de saúde “não públicos” e no apoio à idade sénior Missão: contribuição para a melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade, com preocupação com a inovação, qualidade e personalização do serviço, procurando satisfazer clientes, colaboradores e associados, sem deixar de respeitar a população em geral e o meio ambiente. Transmissão dos conceitos essencialmente informal.	Visão: construção de um hospital de referência, do ponto de vista da qualidade dos cuidados de saúde prestados e com a preocupação em obter o reconhecimento da comunidade, de modo a granjear uma elevada satisfação dos doentes e profissionais. Missão: prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do SNS. Transmissão essencialmente informal.
2. Factores-chave para o sucesso	Factores-chave de sucesso não estão claramente definidos na organização, ou pelo menos não foram claramente comunicados aos colaboradores, dado a transmissão estar confinada a funcionários com “privilégio”. Entre os factores-chave referidos, contam-se a tradição da instituição e experiência dos profissionais, aposta na qualidade do serviço e estabelecimento de parcerias/protocolos, foco nas necessidades das populações e complementaridade com a oferta do SNS, bem como o equilíbrio financeiro.	Parece existir alguma indefinição quanto aos factores-chave para o sucesso que, deste modo, tão pouco terão sido claramente comunicados aos colaboradores. Os cinco factores mencionados como críticos para o sucesso global futuro do hospital: conhecimento, bom senso, luta pelos consensos, motivação e trabalho, afiguram-se mais como intuitivos do que propriamente fruto de um procedimento reflectido e inserido num determinado planeamento, ou programação.
3. Estrutura organizacional	Estrutura organizacional horizontal. Estrutura tem influência no seu próprio desenho. Direcção clínica dirigida por médico, enfermagem por enfermeiro, farmácia por farmacêutico e direcção técnica de lar por assistente social. Estrutura organizacional interage com o processo de gestão estratégico. Relativamente à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluem tanto aspectos de RMP como CMP, foi mencionada a importância de ambas. Em relação à ligação da estrutura com a estratégia organizacional, as preocupações estratégicas são mais de médio e, sobretudo, de curto prazo.	Estrutura organizacional horizontal. Estrutura tem influência no seu próprio desenho. A administração engloba um médico, um enfermeiro e um administrador. O director clínico providencia orientações aos médicos; e uma enfermeira directora dá orientações aos enfermeiros. Em relação à pertinência dos sistemas de gestão do desempenho incluem tanto aspectos de RMP como CMP, apenas foram manifestadas preocupações quanto a limitações financeiras. Em relação à ligação da estrutura com a estratégia organizacional, sugere-se o primado das preocupações estratégicas com o curto prazo.
4. Estratégias e planos	Primazia do curto prazo. Estratégias e planos definidos colegialmente pelos órgãos de gestão e essencialmente ajustadas à realidade e evolução do sector, sem deixar de considerar o futuro, através do	Estratégias e planos são definidos pela administração. Transmissão via <i>intranet</i> e documentos públicos, mas de modo passivo, informal. Transmissão apenas aos responsáveis dos serviços, a generalidade dos colaboradores revelou

	<p>desenvolvimento de novos projectos. Diversificação e competição via complementaridade com a oferta existente no sector. Transmissão directa das estratégias apenas aos quadros superiores, eventualmente aos demais colaboradores apenas de modo informal.</p> <p>Em geral, as estratégias não parecem estar muito bem definidas no Hospital Privado.</p>	<p>desconhecimento, tendo reclamado mais informação.</p> <p>O hospital tem planos formais, <i>i.e.</i> instrumentos de planeamento de gestão anuais, fazendo parte do plano de desempenho. Contudo, estão condicionados à contratualização de contratos-programa celebrados com a tutela. Para além do orçamento económico anual, são realizados planos estratégicos trianualmente.</p> <p>Salienta-se a preocupação com a qualidade, estando a organização a concluir um processo de acreditação. Esta é acompanhada pela cultura da eficiência, através da adopção de “atitudes sustentáveis”, que são definidas em plano interno discutido pelos serviços e colocado em prática com o objectivo de redução de custos, mantendo um bom relacionamento com os fornecedores. O hospital procura não apenas a sustentabilidade financeira, mas também a ambiental, em modo de complementaridade. Entre as medidas com impacto ambiental foram referidas: o controlo de temperaturas, o controlo de resíduos, reciclagens, tratamento de resíduos e a redução de consumos de energia, tendo recentemente entrado em funcionamento uma central de cogeração. Esta actividade é reportada em capítulo específico do relatório anual de contas. Finalmente, a linha estratégica inclui investimentos na melhoria e modernização das instalações, com vista à obtenção de maior qualidade na prestação dos serviços.</p>
5. Medidas-chave de desempenho organizacional	<p>Não há utilização do BSC, apenas informação do tipo <i>Tableau de Bord</i>. Controlo e indicadores eminentemente de índole financeira. Relatórios de gestão mensais, para além de informação anual compreensiva.</p> <p>A avaliação de desempenho é informal, na prática não se encontra implementada. Apenas controlo a partir de indicadores básicos como a assiduidade ou a pontualidade. Referida dificuldade de instituir sistemas de avaliação de desempenho com indicadores objectivos para a generalidade dos colaboradores. Indicadores subjectivos, tais como atenção ao utente, interacção, qualidade do serviço. Em suma, para além da avaliação de desempenho ser essencialmente informal, também não está implementada a toda a escala na organização, de modo compreensivo. Apenas existe o reconhecimento da produção realizada.</p>	<p>O BSC não é utilizado, embora sejam alguns indicadores que usualmente o compõem, de modo tipo <i>Tableau de Bord</i> (conforme se poderá verificar posteriormente na dimensão que aborda os PMSs).</p> <p>São utilizadas medidas-chave de desempenho organizacional. Existe um sistema de planeamento, no qual estão identificados os objectivos a atingir, bem como são estabelecidos indicadores para avaliação. Os indicadores não são exclusivamente financeiros, pelo contrário, são sobretudo indicadores de natureza qualitativa, integrando um sistema composto por indicadores não financeiros, mas quantificáveis, compreendendo métricas de qualidade, acessibilidade e eficiência. Os indicadores financeiros utilizados, incluem produção, recursos humanos, e outros económico-financeiros. O</p>

	<p>Contudo, tal avaliação parece ser realizada de modo discricionário, o que também é justificado pela própria natureza do serviço de prestação de cuidados de saúde. Efectivamente, foi referida a dificuldade em instituir sistemas de avaliação de desempenho com indicadores objectivos para a generalidade dos colaboradores. Os indicadores são subjectivos, incluindo a atenção ao utente, o nível de interacção, ou a qualidade do serviço.</p>	<p>horizonte temporal dos indicadores é de curto prazo, geralmente um ano.</p> <p>Os indicadores são comunicados aos directores de serviço, sendo alvo de contratualização interna em termos de metas. Parece haver uma boa transmissão destes aos colaboradores, sobretudo ao nível dos médicos, que mostraram estar a par dos indicadores que suportam as suas avaliações de desempenho. Contudo, apesar de os indicadores qualitativos terem sido considerados “objectivos” por parte da administração, não se registou a concordância por parte dos profissionais médicos que, nesta matéria, chegaram a reconhecer a existência de “muita subjectividade”, podendo ser eventualmente resultado da especificidade intrínseca da prestação de serviços no sector da saúde.</p>
6. Definição de metas	<p>Metas são definidas pela administração, embora não sejam do conhecimento geral dos colaboradores, parecendo existir algumas lacunas na sua transmissão. Ainda que sejam consideradas fáceis de alcançar, reconhece-se que eram mais facilmente atingíveis no passado. Existem poucas metas em termos de produção, parecendo ser discricionárias. São fixadas metas de realização de consultas, urgências e de taxa de ocupação de camas, por sua vez as metas relacionadas com as cirurgias são definidas pela actividade exterior. É dada pouca ênfase no que respeita às metas relacionadas com os custos e com o controlo de gastos. Os responsáveis técnicos (e.g. enfermeira-chefe) têm conhecimento das metas e contam com um plano de acção.</p> <p>Ressalva-se que definição de metas está inquinada pela ausência de avaliação do desempenho formal que, ainda que complexa dada a natureza intrínseca do serviço de prestação de cuidados de saúde, é explicitamente reconhecida como importante.</p>	<p>O processo de definição de metas parece ser crucial, porquanto o financiamento está dependente do cumprimento de metas, nomeadamente ao nível da qualidade e eficiência, consubstanciados por uma avaliação suportada por indicadores financeiros, tais como a produção contratada; e não-financeiros, tais como a satisfação dos doentes, <i>i.e.</i> indicadores de qualidade. As metas inerentes às medidas chave de desempenho dependem assim de indicadores quantitativos e qualitativos, sendo também reconhecida, tanto pela administração, como pelos colaboradores, a dificuldade em atingir as metas propostas.</p> <p>À imagem da dimensão anterior, os colaboradores reiteram a subjectividade de algumas metas, bem como evidenciaram desconhecimento em relação ao processo de definição das mesmas. Tal sugere contradizer a administração, que na dimensão anterior havia referido que os indicadores utilizados na avaliação de desempenho eram definidos em termos de metas por “contratualização interna” e após “negociação”.</p>
7. Avaliação de desempenho	<p>Conforme referido anteriormente, a avaliação de desempenho é informal: existem processos informais em que está implícita a avaliação de desempenho. As avaliações existentes são objectivas e baseadas em números - os serviços produzem estatísticas que servem para fazer a avaliação pessoal do desempenho e servem para corrigir eventuais falhas. Informalidade da circulação da informação.</p>	<p>A avaliação de desempenho a nível individual está baseada no SIADAP. O processo de avaliação não é abrangente, pois não considera todas as categorias de profissionais. Existem outros tipos de avaliações, realizadas fora o âmbito da administração do hospital, como é o caso da tutelada pela ARS. Também existem avaliações combinadas, pois para além de avaliações individuais, também podem ser cumulativamente realizadas</p>

	<p>Apesar de não existir um sistema formal de avaliação de desempenho, existe, contudo, a percepção da existência de alguns mecanismos de avaliação e controlo, ainda que ténues, não extensivos a todos os níveis da organização e com poucos efeitos práticos a nível de recompensa, apenas eventualmente ao nível do controlo. Também ficaram vincadas as vantagens e desvantagens da eventual adopção destes sistemas, reflectidas ao nível da competição entre colaboradores, tendo também sido feito o alerta acerca das resistências que poderiam advir da implementação destes processos.</p>	<p>avaliações de grupo, ao nível do serviço clínico. As avaliações são tanto quantitativas, no que respeita a “tipos de desempenho”, como qualitativas no que respeita às “competências”. Quanto à importância da informação formal e informal, apurou-se que apenas é considerada importante a informação “formal e com regras”. As avaliações são essencialmente “objectivas”, “baseadas em números”, sendo também consideradas “bem comunicadas”.</p> <p>No âmbito do enquadramento de Ferreira e Otley (2009), a avaliação de desempenho existente parece ser do tipo participativo, pelo menos ao nível da execução.</p>
8. Sistemas de recompensa	<p>Sistemas de recompensa muito limitados, acessíveis apenas alguns quadros da instituição. Confundem-se com benefícios, tipo <i>fringe benefits</i>, tais como seguros de saúde, ou apoios à formação. Quanto aos “prémios financeiros”, de “produtividade” ou “por mérito”, ainda que mencionados como atribuídos em “função dos objectivos que se atingem e do seu empenhamento”, parecem enfermar de total discricionariedade e também de não serem aplicáveis a toda a estrutura de colaboradores, disposta na referida “hierarquia achatada”, o que parece resultar num certo desconforto quanto à sua possível assimetria. Foi referida a vantagem de instituição de prémios de desempenho por parte dos colaboradores. Em resumo, a existência de sistemas de recompensa é muito limitada no Hospital Privado. Contudo, do que foi inquirido, é possível concluir quanto à sua existência, ainda que por vezes se confundam mais com benefícios, tipo <i>fringe benefits</i>, tais como seguros de saúde, ou apoios à formação. Por outro lado, quanto aos “prémios financeiros”, de “produtividade” ou “por mérito”, ainda que mencionados como atribuídos em “função das metas que se atingem e do seu empenhamento”, parecem enfermar de total discricionariedade e também de não serem aplicáveis a toda a estrutura de colaboradores, disposta na referida “hierarquia horizontal”, o que parece resultar num certo desconforto quanto à sua possível assimetria.</p> <p>A existência de sistemas de recompensa, na verdadeira acepção do conceito, parecer ser muito limitada e possível a apenas alguns quadros da instituição, o que mereceu a crítica de alguns colaboradores, que aludiram à vantagem da instituição em</p>	<p>Não existem sistemas de recompensa: Consequentemente, os colaboradores não deixaram de demonstrar o seu descontentamento e a sua desmotivação, embora tenham consciência que em grande parte tal se deve à actual conjuntura económica.</p> <p>No entanto, por outro lado também não existem penalizações, havendo a ideia que este assunto se trata de uma mera burocracia e uma questão praticamente irrelevante em termos práticos.</p>

	<p>instituir bónus de desempenho para premiar o mérito, alargados à globalidade da instituição. Quanto a possíveis penalizações elas parecem não existir, dada a pouca importância manifestada em relação a esta vertente pelos entrevistados neste estudo de caso.</p>	
9. Fluxos de informação, sistemas e redes	<p>Apesar de se ter verificado a existência de diversos fluxos e sistemas de informação, fica a percepção de que não são muito extensos, bem como de que existe um certo subaproveitamento dos mesmos. Os colaboradores parecem reclamar mais informação.</p> <p>Fica em aberto a questão de se saber até que ponto a informalidade da transmissão da informação ser mais conveniente para os responsáveis na organização <i>versus</i> colaboradores subordinados.</p> <p>Em resumo, apesar de se ter apurado a existência de diversos fluxos e sistemas de informação, fica a percepção de que não são muito extensos, bem como de que existe um certo subaproveitamento dos mesmos.</p>	<p>Foi possível detectar a existência de diversos fluxos e sistemas de informação. Contudo, fica a sensação de que a sua utilização e aproveitamento é muito limitada, na linha do que actualmente os sistemas de informação padrão oferecem à generalidade das organizações.</p>
10. Utilização dos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)	<p>Apurou-se da existência e utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. A sua utilização parece ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995). A interpretação pelos colaboradores que os utilizam parece ser limitada, bem como o seu possível contributo para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, dificultando a capacidade de contribuir para o teste da segunda questão de investigação desta tese. Quanto aos possíveis autores e artigos ou relatórios que os inquiridos poderiam conhecer, nada foi reportado, pelo que não foi possível associar as possíveis utilizações dos sistemas de informação e controlo a tipologias/tipos de usos publicados em artigos académicos, ou relatórios de índole técnica. Finalmente, a diferenciação das utilizações da informação e controlos em níveis hierárquicos diferentes, parece ser inexistente, ou, a existir, tal clivagem sugere ser imperceptível.</p>	<p>Em suma, verifica-se a utilização efectiva de informação e de vários mecanismos de controlo, que se podem considerar até ao nível de sistemas de controlo de gestão. A sua utilização sugere ser sobretudo do tipo diagnóstico (Simons, 1995), dada a limitada interpretação, conforme demonstrado pelos colaboradores. Aliás, nesta dimensão de análise, a transmissão da informação, aos colaboradores é meramente passiva, por isso parece não estar a resultar. Ainda assim, foi reconhecido o seu possível contributo para a obtenção de possíveis resultados organizacionais, corroborando assim as conclusões já obtidas aquando da realização do estudo empírico quantitativo, nomeadamente a Hipótese 6b, bem como contribuiu para sugerir a aceitação da Hipótese 7b, cujo teste de hipóteses havia sido inconclusivo para os hospitais públicos</p>
11. Mudanças nos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)	<p>A dimensão da mudança parece assumir-se como problemática, não só pelas exigências inerentes, mas também devido à susceptibilidade de poder gerar naturais resistências, parecendo que existe sobretudo uma atitude de reactividade quanto ao acompanhamento das mudanças ocorridas na envolvente, ainda que tenha sido manifestada bastante preocupação</p>	<p>Parece haver uma preocupação genuína em relação ao acompanhamento dos processos de mudança, até porque foi possível apurar a existência de uma atitude não apenas reactiva, mas também proactiva. Reactiva em relação a decisões de tutela, decisões legais, regulamentos, entre outras. Proactiva no que respeita aos sistemas de gestão, utilizando um</p>

	<p>com o respectivo acompanhamento. Em síntese, não foi possível retirar ilações significativas em relação às mudanças nos sistemas de gestão e mensuração do desempenho.</p>	<p>conjunto de indicadores para que se possam evitar certos acontecimentos indesejáveis.</p>
<p>12. Coerência e robustez das componentes dos sistemas de gestão / mensuração do desempenho (PMSs)</p>	<p>Ainda que sujeita a limitações diversas, a organização procura fazer o possível por acompanhar os desenvolvimentos no sector, mantendo uma atitude moderadamente inovadora, mas também simultaneamente prudente, algo conservadora, contando com uma longa experiência no sector, que é também uma prova da capacidade de adaptação da organização. Na escala de 1 a 7, <i>i.e.</i> de conservadora até inovadora, respectivamente, auto-avalia-se em 5, acima da média em termos de inovação.</p> <p>Em suma, trata-se de uma organização que, ainda que sujeita a limitações diversas, procura fazer o possível por acompanhar os desenvolvimentos no sector, mantendo uma atitude moderadamente inovadora, mas também simultaneamente prudente, algo conservadora, contando com uma longa experiência no sector, que é também uma prova da capacidade de adaptação da organização.</p>	<p>Reafirmação com a preocupação em manter uma atitude inovadora, ajustada à mudança, tanto recorrendo a uma abordagem reactiva, como proactiva. Existem contributos que auxiliam à clarificação de alguns testes de hipóteses conduzidos na parte de examinação quantitativa. Mais notoriamente, em relação à hipótese 4a, cujo teste se havia revelado inconclusivo, os inquiridos consideraram que a adopção de uma atitude inovadora poderá justificar efectivamente a adopção de políticas de incentivos, reforçando a ideia da possível aceitação desta hipótese.</p> <p>Em relação à hipótese 4b, cujo teste de hipótese também havia sido inconclusivo, os inquiridos consideraram que a existência de uma política de bónus direccionada para ganhos de eficiência pode resultar na obtenção de resultados organizacionais, sendo até referida a vantagem de os profissionais poderem assim eventualmente dedicar-se em exclusividade ao hospital.</p> <p>Contudo, no tocante à hipótese 5a, que relaciona a possibilidade de uma atitude inovadora poder justificar a existência de incentivos à formação dos recursos humanos, a situação continua por clarificar, dado ter sido recolhida evidência inconsistente. Se é verdade que o Director Financeiro concorda, não é menos verdadeiro que os demais colaboradores discordam, pois deparam-se com um hospital que é, no mínimo, moderadamente inovador, mas que, contudo, oferece muito poucas condições para melhorar a formação dos seus colaboradores, conforme foi referido pelos próprios durante as entrevistas.</p>